

## **A Terapia Psicomotora na Equipa de Pedopsiquiatria da Unidade Autónoma de Psiquiatria do Hospital Vila Franca de Xira**

Relatório de Estágio elaborado com vista à obtenção do Grau de  
Mestre em Reabilitação Psicomotora

**Orientador:** Professor Doutor Rui Fernando Roque Martins

### **Júri**

#### Presidente:

Professor Doutor Pedro Jorge Moreira de Parrot Morato

#### Vogais:

Professor Doutor Rui Fernando Roque Martins, professor associado da Faculdade de Motricidade Humana da Universidade de Lisboa.

Professora Doutora Ana Maria Peixoto, professora associada da Faculdade de Motricidade Humana da Universidade de Lisboa.

**Gonçalo David Pinto Azevedo**

**2019**

“A doença é sempre uma paragem, é algo que não deixa fazer (...) paralisa o corpo, obriga o corpo a olhar para ela. Estabelece-se aqui um novo órgão capaz de se defender da doença; um órgão que não é órgão: a vontade [de continuar a crescer]”

Gonçalo M.Tavares

(in Atlas do Corpo e da Imaginação)

## **Agradecimentos**

Agradecer é uma máquina de fazer fins e inícios. Será sempre a melhor forma de começar e de terminar alguma coisa. E eu quero agradecer a todos aqueles que fizeram parte deste meu alegre caminho na pedopsiquiatria do Hospital Vila Franca de Xira.

Picasso dizia que para sermos um bom pintor precisamos de nos sentar primeiro. Sentar para estar disponível, para esperar e observar, para absorver – para aprender!, e depois poder pintar de pé. Obrigado, Dr.<sup>a</sup> Maria Moura, por ter encontrado um lugar na equipa de pedopsiquiatria para eu me poder sentar e aprender. Sinto-me verdadeiramente agradecido a si e a essa cadeira que me fizeram dar passos gigantes sem sair desse mesmo lugar.

Ao Dr. João Paulo Ribeiro quero deixar um grande abraço onde não cabe tanta gratidão. Senti-me acolhido desde o primeiro dia. Quando me abriu a porta, nunca mais a fechou; abriu-a ainda mais; abriu outras; até a um espaço interior onde a habita agora uma amizade - que nunca esqueceu os nossos papéis, mas que não deixou de parte a história e a vida de cada um de nós. Tenho a sorte de o ter encontrado neste caminho.

Quero agradecer também à Dr.<sup>a</sup> Maria João Carnot, Andreia Araújo, Ana Luísa Fernandes, Ana Sofia Oliveira, Filipa Rogério, Filipa Fachina, Filipa Silva e Ruth Robles. Se um dia eu for exemplo para alguém, com certeza que dentro desse meu exemplo estará um pouco do vosso também! Pois, ao passarem por este meu caminho, “não me deixaram só, vocês seguem com um pouco de mim e eu sigo com um pouco de vós”.

Aos meus colegas, em particular à Maria Inês e à Vera, aos meus amigos e familiares, obrigado por me lembrarem que eu “não caibo numa casa onde o espaço é todo meu”, como diz a canção, e que a missão é partir e (re)começar pelos outros.

Obrigado, Dr.<sup>a</sup> Maria José Vidigal. Falar consigo foi como ler três volumes de livros de psiquiatria sem parar; foi revisitar décadas, lugares e vidas ainda tão presentes na história e na voz da pedopsiquiatria portuguesa. O seu orgulho no passado inspirou-me a querer ser parte do futuro. Foi uma grande honra.

Às crianças e jovens, e seus pais, que pude conhecer, um obrigado pelos obrigados que me deixaram. Isso basta-me. Cada um de vocês foi uma escola para mim.

Por fim, relembro Vergílio Ferreira, que dizia que ninguém ensina nada a ninguém, porque ensinar é só confirmar. Obrigado, Professor Rui Martins, por todas aquelas vezes em que me ajudou a confirmar o caminho. Consigo, confirmei-me nesta missão que é ser psicomotricista mestre, entregando-me de uma forma mais segura ao futuro. Ao meu lado, aconselhou, desafiou e testemunhou toda esta minha abençoada Confirmação.

## **Resumo**

A implementação da valência da psicomotricidade na equipa de pedopsiquiatria do Hospital Vila Franca de Xira surge no âmbito do estágio curricular com vista à obtenção do Grau de Mestre em Reabilitação Psicomotora – Faculdade de Motricidade Humana. Este documento contempla um capítulo referente ao enquadramento da prática profissional, com revisão teórica da literatura e da caracterização institucional; um segundo capítulo referente à realização da prática profissional, caracterizando as etapas de observação e intervenção terapêutica, explicitando as fases inerentes, os casos individuais e os grupos terapêuticos. O período de estágio correspondeu a 9 meses. Foram encaminhados 5 casos individuais (6-10 anos) e foi assumida a co-terapia no grupo de problemas externalizantes do comportamento (8-10 anos), no grupo psicodrama para pré-adolescentes e no grupo expressivo-corporal para adolescentes. No decorrer das sessões, verificaram-se melhorias na autorregulação comportamental, capacidade simbólica, tolerância à frustração e sentimento de pertença em grupo. Os resultados obtidos na avaliação final ao Caso em Estudo demonstraram melhorias na autoconfiança e locus de controlo, redução do stress social, depressão e ansiedade. Por fim, apresento a minha análise global aos resultados, a reflexão pessoal acerca da experiência de estágio e as conclusões que fundamentam o potencial terapêutico e profissional do psicomotricista.

**Palavras-chave:** Hospital Vila Franca de Xira; Equipa de Pedopsiquiatria; Saúde Mental; Perturbação Psiquiátrica; Terapia Psicomotora; Psicomotricidade; Psicomotricista.

## **Abstract**

The implementation of the area of psychomotricity in the Vila Franca de Xira Hospital's pedopsychiatry team comes within the scope of the curricular internship with the goal of achieving the Psychomotor Rehabilitation Master's Degree at the Faculty of Human Motricity. This document includes a chapter on the framing of professional practice, with theoretical review of the literature and institutional characterization; A second chapter refers to the realization of professional practice, characterizing the stages of observation and therapeutic intervention, explaining the inherent phases, individual cases and therapeutic groups. The internship period corresponded to 9 months. Were forwarded 5 individual cases (6-10 years) and co-therapy was assumed in the externalizing behavioral problems group (8-10 years), the pre-adolescent psychodrama group and the body-expressive group for

adolescents. During the sessions, there were improvements in behavioral self-regulation, symbolic capacity, tolerance to frustration and sense of group belonging. The results obtained in the final Case Study evaluation demonstrated improvements in self-confidence and locus of control, reduction of social stress, depression and anxiety. Finally, I present my overall analysis of the results, personal reflection on the internship experience, and the conclusions that support the psychomotor therapist's professional potential.

**Keywords:** Vila Franca de Xira Hospital; Pedopsychiatry; Mental Health; Psychiatric Disorder; Psychomotor Therapy; Psychomotricity; Psychomotor Therapist.

# Índice Geral

<b>Agradecimentos</b>	<b>ii</b>
<b>Resumo</b>	<b>iii</b>
<b>Abstract</b>	<b>iii</b>
<b>Índice Geral</b>	<b>v</b>
Índice de Tabelas	vii
Índice de Figuras	vii
<b>Introdução</b>	<b>1</b>
<b>I      Enquadramento da Prática Profissional</b>	<b>2</b>
I.1      Os serviços de psiquiatria da infância e adolescência	2
I.1.1      Epidemiologia da doença mental – o panorama internacional e nacional	2
I.1.2      Diretrizes internacionais e nacionais para a saúde mental	3
I.1.3      Enquadramento legal da saúde mental da infância e adolescência	4
I.1.4      Caracterização da especialidade de pedopsiquiatria	5
I.2      Caracterização institucional formal	6
I.2.1      O Hospital Vila Franca de Xira	6
I.2.2      A Unidade Autónoma de Psiquiatria e a Equipa de pedopsiquiatria	7
I.3      A psicopatologia na infância e na adolescência	9
I.3.1      O conceito e os sistemas de classificação internacionais	9
I.3.2      Sinais e sintomas – compreender quando é patológico.	11
I.3.3      A entrevista de avaliação clínica	12
I.3.4      O processo de desenvolvimento na infância e na adolescência: os fatores de risco e de proteção	14
I.4      As patologias mais prevalentes na experiência de estágio	19
I.4.1      Perturbações do sono na infância	19
I.4.2      Perturbações depressivas e a sua expressão na infância e na adolescência	20
I.4.3      Perturbações de ansiedade e a sua expressão na infância e na adolescência	23

I.4.4	Perturbações disruptivas do comportamento e a sua expressão na infância e na adolescência _____	27
I.5	As intervenções terapêuticas em pedopsiquiatria _____	31
I.5.1	As principais escolas psicoterapêuticas _____	32
I.5.2	Fundamentos das terapias em grupo _____	34
I.5.3	As psicoterapias mais utilizadas nos grupos observados na equipa de pedopsiquiatria do HVFX _____	36
I.6	A terapia psicomotora em contexto pedopsiquiátrico _____	39
I.6.1	Caracterização epistemológica da psicomotricidade _____	40
I.6.2	O conceito e a prática atual na equipa multidisciplinar _____	41
I.6.3	Caracterização da metodologia de avaliação e observação _____	42
I.6.4	A terapia psicomotora em pedopsiquiatria e os seus aspetos metodológicos _____	46
<b>II</b>	<b>A Implementação e a Realização da Prática Profissional _____</b>	<b>52</b>
II.1	A integração na equipa de pedopsiquiatria _____	52
II.2	Fase de observação _____	52
II.2.1	O modelo de primeira consulta de pedopsiquiatria _____	53
II.2.2	O modelo de grupo terapêutico _____	54
II.2.3	A caracterização e análise dos grupos observados _____	54
II.3	Fase de avaliação e intervenção _____	58
II.3.1	As reuniões de equipa terapêutica _____	60
II.3.2	O grupo psicoeducativo para problemas externalizantes do comportamento (8-10 anos) _____	61
II.3.3	O grupo de psicodrama para pré-adolescentes _____	63
II.3.4	O grupo terapêutico expressivo-corporal para adolescentes _____	65
II.3.5	O modelo desenvolvido de avaliação e intervenção psicomotora para os casos individuais _____	66
II.3.6	Caracterização dos casos acompanhados em terapia individual _____	67
II.4	Estudo de caso _____	74
II.4.1	Encaminhamento e caracterização anamnésica _____	74

II.4.2	Avaliação inicial	76
II.4.3	A implementação do programa terapêutico	81
II.4.4	Avaliação final do programa e análise de resultados	84
II.4.5	Análise final da intervenção terapêutica	87
II.4.6	Reflexão sobre o Caso em Estudo	88
II.5	Análise global da evolução dos casos e dos grupos acompanhados	90
II.6	Atividades complementares de formação	92
II.7	Dificuldades e limitações	94
II.8	Reflexão pessoal sobre a experiência de estágio	94
<b>Conclusão e considerações finais</b>		<b>96</b>
<b>Referências</b>		<b>98</b>
<b>Anexos</b>		<b>Erro! Marcador não definido.</b>

## Índice de Tabelas

Tabela 1 - Principais motivos de consulta e principais diagnósticos (Moura, Oliveira & Ribeiro, 2015; Moura et al., 2019)	8
Tabela 2 - Critérios de decisão para terapia individual ou em grupo, de acordo com Onofre (2003) e Rodrigues, Gamito & Nascimento (2001)	45
Tabela 3 - Horário de estágio (outubro a dezembro de 2018)	59
Tabela 4 - Horário de estágio (de janeiro a junho de 2019)	60
Tabela 5 - Perfil Intraindividual do Caso em Estudo	80
Tabela 6 - Fatores de Proteção e Fatores de Risco do Caso em Estudo	80
Tabela 7 - Objetivo terapêuticos (I)	82
Tabela 8 - Objetivo terapêuticos (II)	82
Tabela 9 - Objetivo terapêuticos (III)	82

## Índice de Figuras

Figura 1 - Modelo de avaliação e intervenção psicomotora implementado	67
Figura 2 - BASC - Versão pais (Avaliação inicial)	77



Figura 3 - BASC - Versão pais (Avaliação inicial) - categorias de competências adaptativas	78
Figura 4 - BASC - Autorrelato (Avaliação inicial)	78
Figura 5 - BASC - Autorrelato (Avaliação inicial) categorias de ajustamento pessoal	79
Figura 6 - Análise comparativa da avaliação inicial e final da BASC-Versão pais	84
Figura 7 - Análise comparativa da avaliação inicial e final da BASC-Versão pais (competências adaptativas)	85
Figura 8 - Análise comparativa da avaliação inicial e final da BASC-Versão Autorrelato	86
Figura 9 - Análise comparativa da avaliação inicial e final da BASC-Versão Autorrelato (competências adaptativas)	86

## **Introdução**

O presente documento refere-se a um relatório que contempla a descrição, os processos de desenvolvimento e a reflexão pessoal da experiência de estágio curricular na equipa de pedopsiquiatria da Unidade Autónoma de Psiquiatria do Hospital Vila Franca de Xira, com vista à obtenção do Grau de Mestre em Reabilitação Psicomotora, pela Faculdade de Motricidade Humana – Universidade de Lisboa (FMH-UL), no Ramo de Aprofundamento de Competências Profissionais, no ano letivo 2018/19.

A experiência do estágio curricular tem como objetivo desenvolver a capacidade de planeamento, gestão e coordenação de programas de terapia psicomotora, nos domínios da avaliação e da intervenção, numa vertente científica e metodológica reflexiva multidisciplinar, prestando um contributo inovador na implementação de novos conhecimentos e de novas práticas, bem como no desenvolvimento de novas perspetivas profissionais e políticas, procurando o desenvolvimento do enquadramento e da identidade profissional e científica da área da terapia psicomotora (FMH-UL, 2018).

O documento está dividido em dois capítulos principais. O primeiro referente ao enquadramento da prática profissional, onde são caracterizados os serviços de saúde mental em Portugal, a instituição responsável (Unidade Autónoma de Psiquiatria - Hospital Vila Franca de Xira), bem como os conhecimentos teórico-práticos sobre a psicopatologia na infância e adolescência e a terapia psicomotora em contexto pedopsiquiátrico, através de uma revisão da literatura das temáticas mais relevantes. Segue-se um segundo capítulo referente à implementação e a realização da prática profissional, onde são abordados todos os procedimentos práticos da experiência de estágio: fase de integração na equipa; fase de observação e de intervenção; o trabalho desenvolvido em grupos terapêuticos e em casos individuais, detalhando as etapas do processo a partir de um estudo de caso; a evolução e análise global dos resultados da implementação do projeto; dificuldades e limitações; bem como a caracterização das atividades complementares de formação. Por fim, são apresentadas as conclusões e considerações finais numa análise reflexiva sobre a importância da experiência do referido estágio no aprofundamento de competências profissionais enquanto psicomotricista.

# **I Enquadramento da Prática Profissional**

Neste primeiro capítulo serão abordadas as questões teóricas inerentes ao desenvolvimento da prática profissional no âmbito do estágio curricular na equipa de pedopsiquiatria do HFVX, onde se inclui a caracterização dos serviços de psiquiatria da infância e adolescência em Portugal, a caracterização institucional formal, a revisão de literatura sobre temas pertinentes da psicopatologia infantojuvenil e sobre a terapia psicomotora em contexto pedopsiquiátrico.

## **I.1 Os serviços de psiquiatria da infância e adolescência**

Este segmento pretende caracterizar e compreender os serviços de pedopsiquiatria na realidade nacional atual, analisando a epidemiologia da doença mental numa perspetiva internacional e nacional e as respetivas diretrizes desenvolvidas pelos órgãos competentes para tal, caracterizando também a evolução legislativa e a evolução da especialidade médica de pedopsiquiatria. A grande finalidade é fazer uma análise rigorosa do contexto pedopsiquiátrico onde se enquadra a prática desenvolvida no referido estágio curricular.

### **I.1.1 Epidemiologia da doença mental – o panorama internacional e nacional**

Nos últimos anos, as perturbações psiquiátricas tornaram-se na principal causa de incapacidade e de dependência psicossocial, correspondendo a 23% de todas as doenças diagnosticadas em países desenvolvidos, 12% no panorama mundial (Xavier et al., 2013; Estudo Epidemiológico Nacional De Saúde Mental, 2013). Segundo os estudos de Wittchen et al. (2011) apenas 25% das pessoas com doenças psiquiátricas na Europa recebem tratamento e apenas 10% o tratamento adequado. O Estudo Epidemiológico Nacional De Saúde Mental (2013) indica que Portugal é o segundo país da Europa com maior índice de prevalência de perturbação mental, sendo as perturbações de ansiedade as mais prevalentes na idade adulta, sabendo-se também que 65% dos doentes psiquiátricos não tiveram qualquer terapêutica nos últimos 12 meses.

Segundo o PNSM (2017), o registo de doenças psiquiátricas tem vindo a aumentar, nomeadamente as mais prevalentes: perturbações depressivas, perturbações da ansiedade e demência (contando com todas as faixas etárias). Em Portugal, os estudos epidemiológicos nacionais sobre todo o espectro de perturbações mentais na infância e na adolescência são praticamente inexistentes, segundo o relatório da Rede de Referência Hospitalar Psiquiatria da Infância e da Adolescência [RRHPIA, 2018]. Contudo existem dados de outros países: nos Estados Unidos, a maior prevalência é das

perturbações do humor (13%) (Costello et al., 2003). No Reino Unido é a perturbação disruptiva do comportamento (entre 5 e 6%), com maior incidência no sexo masculino (Green et al., 2004).

No plano nacional, o estudo epidemiológico de Encarnação, Moura, Gomes & Caldeira da Silva (2011) caracterizou os casos atendidos numa equipa de pedopsiquiatria no Centro Hospitalar de Lisboa Central, revelando maior incidência no sexo masculino. Para além disso, os principais motivos de consulta foram os problemas de comportamento (74,6%) e dificuldades de aprendizagem (36,4%); os principais diagnósticos foram perturbações depressivas (30%), perturbações do comportamento e défice de atenção (24,8%) e perturbações da ansiedade (24,8%) (Encarnação et al., 2011).

Um estudo muito recente conduzido pela equipa de pedopsiquiatria do HVFX permitiu compreender melhor a probabilidade de psicopatologia na infância no concelho de Vila Franca de Xira, apresentando uma probabilidade global de 12,36%, que está em conformidade com a prevalência mundial, apontando a hiperatividade como a perturbação mais provável de se desenvolver (23%), seguida dos problemas emocionais (16%) e dos problemas de comportamento (16%) (Moura, Araújo, Oliveira, Ribeiro & Rosa, 2018).

### **I.1.2 Diretrizes internacionais e nacionais para a saúde mental**

O plano da Organização das Nações Unidas (ONU, 2013) para promover a saúde mental, prevenir perturbações psiquiátricas, providenciar os tratamentos adequados, reduzir a mortalidade e para promover os direitos humanos estabelece seis princípios até 2020: o *Princípio da saúde universal*, o *Princípio dos direitos humanos*, o *Princípio da prática baseada na evidência*, o *Princípio da abordagem ao longo da vida*, o *Princípio da abordagem multisectorial* e o *Princípio do empoderamento*.

No plano nacional, a Direção-Geral da Saúde estabeleceu as seguintes metas para a saúde mental até 2020: a) aumentar em 25% o registo das perturbações mentais nos Cuidados de Saúde Primários (PNSM, 2017); b) inverter a tendência da prescrição de benzodiazepinas na população através da sua estabilização (PNSM, 2017); c) apoiar a criação de 1500 lugares para adulto e 500 para crianças/adolescentes em Cuidados Continuados Integrados de Saúde Mental (PNSM, 2017); d) aumentar em 30% o número de ações no âmbito dos programas de promoção da saúde mental e de prevenção das doenças mentais (PNSM, 2017).

O RRHPIA (2018) alerta para a falta de especialistas em serviços de pedopsiquiatria e recomenda o aumento do efetivo nas equipas de profissionais das áreas médicas e não-médicas, deixando a seguinte recomendação sobre a terapia psicomotora: “A

Psicomotricidade deverá ser uma valência a considerar nas intervenções terapêuticas, tendo em conta a experiência clínica positiva no internamento pedopsiquiátrico do CHLC-HDE [Centro Hospitalar de Lisboa Central – Hospital Dona Estefânia], recomendando-se um técnico de Psicomotricidade a 1/2 tempo” (RRHPIA, 2018, p.42).

A partir da caracterização da realidade portuguesa, Monteiro (2014a) deixa um alerta para que as equipas de pedopsiquiatria evitem uma constituição “medicocêntrica” e que deleguem avaliações e intervenções terapêuticas para outros técnicos. Para além disso, Monteiro (2014a) salienta a importância de articular informação e programas de intervenção com escolas e serviços de pediatria, neuropediatria e psicologia, tal como melhorar o trabalho dos médicos pedopsiquiatras junto das comissões de proteção de menores e dos tribunais de família e menores (Marques, 2014; Mendo Jorge, 2014).

### **I.1.3 Enquadramento legal da saúde mental da infância e adolescência**

Ao longo dos últimos anos, a legislação portuguesa dos serviços de psiquiatria tem sido atualizada e beneficiou de várias reformas que têm apontado a desinstitucionalização e a qualidade dos serviços como principais objetivos (Palha & Costa, 2015; Palha & Marques-Teixeira, 2012).

Na sequência da promulgação da Lei de Bases n.º 2118 para a promoção da saúde mental, estabeleceram-se os princípios de ação profilática e terapêutica, a designação dos órgãos competentes para garantir os serviços, o funcionamento e dinâmica dos estabelecimentos e a distribuição dos doentes mentais pelos centros da sua zona de residência (Norte, Centro e Sul). Em relação à saúde mental infantil, de acordo com a Lei n.º 2118, Base XIII, foram destacados os estabelecimentos especializados e os serviços de tratamento destinado à promoção da saúde mental nesta faixa etária.

A partir dos anos 70, em Portugal, houve a necessidade de integração dos serviços de saúde mental no sistema de saúde geral (Palha & Marques-Teixeira, 2012), contudo, apenas o Decreto-Lei n.º 127/92 veio legislar a colaboração entre os serviços de saúde mental e a direção-geral dos hospitais e dos cuidados primários. Ainda de acordo com o Decreto-Lei n.º 127/92, artigo 4.º, foi contemplada a criação de “departamentos de pedopsiquiatria e saúde mental infantil e juvenil que poderão funcionar como centros de responsabilidade, nos termos de regulamento”. Em complementaridade, a Portaria n.º 44/99 aprovou o “programa de formação do internato complementar da especialidade e área profissional médica de psiquiatria da infância e da adolescência”.

Tomando como referência o modelo *Community Care*, o Decreto-Lei n.º 36/98 surge em Portugal como a “nova lei de saúde mental” para regular a organização dos serviços

de internamento (Palha & Costa, 2015; Palha & Marques-Teixeira, 2012). Segundo o Decreto-Lei n.º 36/98, capítulo II, são estabelecidas as normas para o internamento compulsivo dos utentes, clarificando os processos, os direitos e os deveres dos mesmos. Ainda de acordo com Decreto-Lei n.º 36/98, artigo 5.º, o internamento voluntário de menores de 14 anos requer a presença de representante legal para a tomada de decisão.

Mais recentemente, a Resolução do Conselho de Ministros n.º 49/2008 aprova o Programa Nacional de Saúde Mental (PNSM) 2007-2016 que teve como um dos objetivos “reduzir o impacto das perturbações mentais e contribuir para a promoção da saúde mental das populações” e também a criação de novas unidades para os serviços da infância e adolescência e uma nova rede de referenciação.

Segundo o RRHPIA (2018), o Decreto-Lei 304/2009 constituiu uma das mais importantes medidas dos últimos anos nos cuidados de saúde mental infantojuvenil, estabelecendo orientações para a “organização, gestão e avaliação dos serviços”. De acordo com o Decreto-Lei 304/2009, artigo 11.º, esses cuidados são “assegurados através de equipas multiprofissionais específicas, organizadas sob a forma de serviço ou de unidade funcional, de acordo com a dimensão da população alvo, e sob a responsabilidade de um psiquiatra da infância e da adolescência”.

#### **I.1.4 Caracterização da especialidade de pedopsiquiatria**

Numa perspetiva histórica, o interesse pelo estudo da infância e da adolescência resulta das transformações sociais e culturais dos séculos XVIII e XIX, que despoletaram investigações sobre o desenvolvimento humano, os problemas emocionais e comportamentais nesta faixa etária (Monteiro, 2014a). Mas foi depois da 2.ª guerra mundial que a pedopsiquiatria se consagrou academicamente como especialidade médica na maior parte dos países da Europa, influenciada pelo movimento de Higiene Mental, que estabeleceu as primeiras diretrizes clínicas (Monteiro, 2014a; Remschmidt & van Engeland, 1999). Portugal também foi acompanhando estas fases e movimentos internacionais, desenvolvendo a sua prática clínica ao longo dos anos, nomeadamente com os contributos de António Aurélio da Costa Ferreira, Vitor Fontes, Barahona Fernandes, João dos Santos, e, mais recentemente, Coimbra de Matos, Celeste Malpique e Margarida Mendo (Monteiro, 2014a; Coimbra de Matos, 2002; Vidigal, 2005; Vidigal, Marques & Matos, 1999). Porém, segundo Coimbra de Matos (2002), esta evolução deu-se de uma forma mais lenta em Portugal, tendo lidado sempre com a escassez de técnicos e de médicos psiquiatras nos serviços, como se pode constatar ainda atualmente, segundo o RRHPIA (2018).

Segundo Strecht (2003), a especialidade médica de pedopsiquiatria surge apenas em Portugal nos anos 80 como carreira autónoma, sendo, portanto, considerada recente. Atualmente, esta é a definição que assegura a função da especialidade no Sistema Nacional de Saúde em Portugal:

A Psiquiatria da Infância e da Adolescência é uma especialidade médica que assegura a prestação de cuidados e intervenções diferenciadas na área da saúde mental à população de idade pediátrica (...) envolve assim a promoção da saúde mental, a avaliação, diagnóstico e definição de estratégias terapêuticas para situações de perturbação mental e também a intervenção preventiva em grupos de risco. (RRHPIA, 2018, p. 9).

Assim, segundo o RRHPIA (2018), esse trabalho deve ser coordenado por uma equipa multidisciplinar, com especialidades médicas e técnicas não-médicas, em articulação com as famílias e com as estruturas da comunidade (e.g. escolas, comissões de proteção de menores, outros serviços e especialidades médicas), assegurando a implementação e a continuidade de ações de avaliação diagnóstica, estratégias e programas que promovam a prevenção, a redução de fatores de risco, o aumento de fatores de proteção e a intervenção em situação de perturbação. Estas ações são desenvolvidas em atividades de consulta externa, consultoria (incluindo a atividade de ligação), exames médico-legais, hospital de dia, internamento e urgência (RRHPIA, 2018).

## **I.2 Caracterização institucional formal**

Neste segmento, apresenta-se a caracterização formal da instituição onde realizei o estágio curricular, apresentada numa perspetiva hierárquica dos serviços, do sistema mais abrangente para o menos abrangente. Assim, caracterizarei primeiro o HVFX, seguindo-se a Unidade Autónoma de Psiquiatria e, por fim, a Equipa de Pedopsiquiatria. Em [Anexo A](#) está disponível para consulta o logotipo do HVFX.

### **I.2.1 O Hospital Vila Franca de Xira**

O Hospital de Vila Franca de Xira (HVFX), inaugurado em junho de 2011, gerido através de uma parceria entre o estado português e o Grupo José de Mello Saúde, localiza-se na Estrada Carlos Lima Costa, n.º 2 em Povos – Vila Franca de Xira. Entrou em pleno funcionamento em abril de 2013 nas novas instalações, em substituição do antigo Hospital Reynaldo dos Santos, inaugurado a 18 de novembro de 1951 e ampliado em 1983, após uma história com quase 70 anos de serviços prestados à população, primeiro como Hospital Civil e depois como Hospital Distrital quando passou para a Direção-Geral dos

Hospitais em 1972 (HVFX, 2018; Hospital Reynaldo dos Santos, 2009). Possui valências básicas, intermédias e diferenciadas, em regime de internamento, ambulatório e urgência (geral, pediatria e obstetrícia/ginecologia). O HFVX é também acreditado pela *Joint Commission International*, uma organização a nível mundial de acreditação na área da saúde e voltou a ser reconhecido em 2018 pela Entidade Reguladora da Saúde como um dos três melhores hospitais do país (HVFX, 2018).

A Missão do HVFX é a promoção e a prestação de serviços de saúde aos municípios de Alenquer, Azambuja, Arruda dos Vinhos, Benavente e Vila Franca de Xira, abrangendo uma população de aproximadamente 245.000 habitantes (HVFX, 2018). O comportamento dos profissionais e a gestão das atividades assentam nos seguintes valores defendidos são: o respeito pela dignidade e bem-estar da pessoa, o desenvolvimento humano, competência, inovação (HVFX, 2018).

Em Anexo B pode ser consultado o organograma do HFVX, onde se destaca a presidência do Conselho de Administração assumida por Vasco Luís de Mello, a presidência da Comissão Executiva assumida por Pedro Bastos e Maria João Germano, e a Direção Clínica assumida pelo Dr. Mário Paiva.

### **I.2.2 A Unidade Autónoma de Psiquiatria e a Equipa de pedopsiquiatria**

A Unidade Autónoma de Psiquiatria do HVFX tem como objetivo o estudo e o tratamento dos problemas de saúde mental, fornecendo uma resposta integrada e continuada dos cuidados, integrando as valências de Saúde Mental do Adulto e a Saúde Mental da Criança e do Adolescente, sendo constituída por uma unidade de internamento, hospital de dia para adultos e uma unidade de regime ambulatório também para pedopsiquiatria (HVFX, 2018).

A direção do serviço é assumida pela médica psiquiatra Dr.<sup>a</sup> Maria João Carnot e conta com a colaboração de médicos psiquiatras, psicólogos, terapeutas ocupacionais e enfermeiros de saúde mental. Por sua vez, a coordenação da equipa de pedopsiquiatria, criada em abril de 2013, é assumida pela médica pedopsiquiatra Dr.<sup>a</sup> Maria Moura, sendo composta por 3 pedopsiquiatras e 3 psicólogos clínicos, contando com a colaboração de uma terapeuta ocupacional e de uma enfermeira de saúde mental para alguns grupos terapêuticos, assumindo-se assim com uma organização funcional, tal como previsto no Decreto-Lei 304/2009. A valência da psicomotricidade nunca existiu no serviço.

Segundo a casuística mais recente elaborada pela equipa de pedopsiquiatria, foram efetuadas, até à data de 23 de março de 2019, de 1544 primeiras consultas para diagnóstico nos 6 anos em que a equipa está ativa no HVFX (Moura et al., 2019). A origem



do pedido de consulta tem sido, segundo a mesma casuística, outros serviços do HVFX e os centros de saúde.

A população atendida caracteriza-se por ser maioritariamente masculina (60%), com uma moda de 12 anos no sexo masculino e uma moda de 15/16 anos no sexo feminino (Moura et al. 2019), sendo maioritariamente do 1.º e 3.º ciclo de escolaridade.

Nas tabelas seguintes, pode-se comparar os principais motivos de primeiras consultas de pedopsiquiatria efetuadas pela equipa e os principais diagnósticos desde o início das mesmas até abril de 2015 e, da mesma forma, até abril de 2019:

Tabela 1 - Principais motivos de consulta e principais diagnósticos (Moura, Oliveira & Ribeiro, 2015; Moura et al., 2019)

Principais Motivo de Consulta		Principais Diagnósticos	
até abril de 2015	até abril de 2019	até abril de 2015	até abril de 2019
Problemas do Comportamento e oposição (22%)	Problemas de comportamento e oposição (20,9%)	Pert. de Ansiedade (18%)	Pert. Ansiedade (16,6%)
Comportamentos autoagressivos (10%)	Problemas de ansiedade (9,4%)	Pert. de Adaptação (15%)	Pert. Depressiva (15,8%)
Problemas da Ansiedade (9%)	Problemas do humor (7,5%)	Pert. Depressiva (14%)	Pert. Adaptação (13,8%)
Problemas do Humor (7%)	Dificuldades de Aprendizagem escolar (6,7%)	Pert. Oposição/ Comportamento (12%)	Pert. Comportamento e Oposição (10,5%)
Dificuldades de Aprendizagem Escolar (4%)	Comportamentos heteroagressivos (5,6%)	Pert. Hiperatividade e Défice Atenção (11%)	Pert. Hiperatividade e Défice de atenção (9,7%)

Evidencia-se a semelhança entre as estatísticas de 2015 e 2019 no que se refere aos valores de frequência relativa dos principais motivos de consulta, destacando-se o aumento de 2,7% nas dificuldades de aprendizagem escolar e o decréscimo dos comportamentos autoagressivos que não surge em 2019 como um dos cinco principais motivos. Em relação aos principais diagnósticos, destaca-se o ligeiro aumento da perturbação depressiva e um ligeiro decréscimo nas restantes referidas como principais diagnósticos. É ainda de referir que em 2019 verificaram-se 119 casos sem diagnóstico psiquiátrico (Moura et al., 2019).

No que se refere à terapêutica, podemos afirmar que há um equilíbrio entre casos medicados (51%) e casos não-medicados (49%), sendo os antipsicóticos de 2.ª geração os mais prescritos, seguindo-se dos psicoestimulantes e da combinação de ambos (Moura et al., 2019). Verifica-se também que cerca 1/3 dos casos mantem consulta de vigilância,

cerca de 20% das consultas tem foco no diagnóstico, cerca de 14% na terapêutica e 4,5% na intervenção em crise (Moura et al., 2019).

Para além disso, como resposta de intervenção, a equipa organiza grupos psicoterapêuticos em função da faixa etária e do perfil das crianças/adolescentes, com vista a sua permanência entre 1 e 2 anos em terapia, exceto o grupo de problemas externalizantes, que foi agilizado com um número de sessões limitadas (Moura et al., 2019). Em 2019, foram criados dois novos grupos, o grupo expressivo (6-8 anos) e o grupo de competências sociais (11-13 anos), somando-se aos já formados anteriormente: grupo da 2.ª infância; grupo contos de fada (6-8 anos), grupo contos de fadas (8-10 anos); grupo psicodrama pré-adolescência (11-13 anos); grupo de terapia expressivo-corporal (13-16 anos); grupo de adolescência (14-16 anos); grupo psicodrama da adolescência (14-17 anos); grupo de jovens (14-17 anos) e o grupo de problemas externalizantes. Para além destes, a equipa dinamiza dois grupos psicopedagógicos para pais e um grupo psicoterapêutico também para pais (Moura et al., 2019).

A equipa de pedopsiquiatria procura também integrar uma rede de articulação de informação com a comunidade, mantendo reuniões com os agrupamentos escolares dos municípios abrangidos, com o serviço de saúde mental do adulto, com o serviço de pediatria do HVFX e com as Comissões de Proteção de Crianças e Jovens locais, seguindo deste modo, o princípio da abordagem multisectorial da ONU (2013), colmatando as lacunas apontadas por Monteiro (2014a) e seguindo as diretrizes recentes de Marques (2014) e Mendo Jorge (2014) sobre a importância desta rede de cuidados de saúde mental para a eficácia do acompanhamento da criança/jovem.

### **I.3 A psicopatologia na infância e na adolescência**

Neste segmento, apresentar-se a revisão bibliográfica sobre o tema da psicopatologia na infância e na adolescência, abordando o seu conceito, classificação internacional, a importância da compreensão dos sinais e dos sintomas, e da entrevista clínica para a avaliação em pedopsiquiatria, caracterizando também o desenvolvimento na infância a adolescência, abordando os seus fatores de risco/proteção.

#### **I.3.1 O conceito e os sistemas de classificação internacionais**

A etimologia da palavra “psicopatologia” deriva do grego antigo e das palavras *psyche*, que significa “alma”, e *pathos* que significa “sofrimento”, “paixão”, “emoção” (Rudd, 2014). Martins (1999) adverte para a necessidade de repensar o termo *pathos* como uma “disposição afetiva fundamental”, que é estrutura da própria existência e que guia o destino

humano. Assim, assumindo que o homem é um “animal *pathos*”, pulsional como o homem freudiano, admite-se uma nova concepção da doença mental que diminui a clivagem entre os conceitos “normalidade” e “anormalidade”, “saúde” e “doença” (Martins, 1999).

Ao longo dos anos, várias leituras sobre o conceito psicopatologia têm sido aceites na comunidade científica, conceptualizando a doença mental como um desvio estatístico, como um comportamento disfuncional, como desvio social, como uma deficiência ou como uma predisposição genética (Maddux, Gosselin & Winstead, 2008). Porém, segundo Braconnier (2000), a psiquiatria foi sempre influenciada pelo contexto ideológico político, cultural e religioso, sendo muitas vezes espelho deste. Atualmente, aceita-se a seguinte definição: “A doença mental é uma síndrome caracterizada por uma perturbação clinicamente significativa na cognição, na regulação emocional ou no comportamento de um indivíduo que reflete uma disfunção nos processos psicológicos, biológicos ou de desenvolvimento subjacentes ao funcionamento mental” (APA, 2013, p. 20)

A procura da categorização e da classificação da sintomatologia psicopatológica esteve sempre presente na história da saúde mental (Rudd, 2014). As classificações permitem facilitar a investigação científica, diagnóstico e a comunicação entre especialistas, bem como facilitar os estudos epidemiológicos e o planeamento dos serviços, organizando a informação para apurar a prevalência e as causas da patologia (APA, 2013; Carr, 2005; Taylor & Rutter, 2008).

Nos últimos anos, dois grandes sistemas de classificação têm vindo a ser desenvolvidos como referência na literatura e na prática: *Diagnostic and Statistical Manual of the Mental Disorders* [DSM] da *American Psychiatric Association* [APA] e o *International Classification of Diseases* [ICD] da Organização Mundial da Saúde [OMS] (Beauchaine & Klein, 2017, Carr, 2005; Clark, Cuthbert, Lewis-Fernández, Narrow & Redd, 2017; Gleitman, Gross & Reisberg, 2011; Oltmanns & Widiger, 2017). Ambos os sistemas são multiaxiais, codificando as várias facetas da patologia (Carr, 2005; Reed et al., 2019).

A primeira edição do DSM foi publicada em 1952 e sua mais recente atualização é o DSM-V, publicado em 2013 (APA, 2013; Clark et al., 2017; Beauchaine & Klein, 2017; Gleitman, Gross & Reisberg, 2011). A origem do ICD remete-nos para as classificações utilizadas no século XVI, contudo só passou a ser assim designada em 1948, quando a OMS se tornou responsável (Clark et al., 2017); a sua versão mais recente é o ICD-11, aprovado em maio de 2019 e que será implementado até 2022 (Reed et al, 2019).

Estes sistemas de classificação têm vindo a dar importância à expressão da psicopatologia numa perspetiva *life-span*, contrariando a tendência antiga de desvalorizar os diagnósticos na infância, uma vez que os estudos mostram que metade das

psicopatologias na idade adulta são despoletadas antes dos 15 anos (Rutter & Uher, 2012). O desenvolvimento dos estudos genéticos, da imagem cerebral, dos efeitos do *stress* e da mediação do ambiente vieram reforçar a compreensão de síndromes e da expressão de perturbações psiquiátricas na infância e na adolescência, colocando em evidência a importância da parentalidade e dos fatores ambientais de risco e de proteção (Monteiro, 2014a; Rutter & Uher, 2012). De uma forma geral, o uso de uma classificação internacional tem tido um resultado positivo, revelando consistência e invariância na identificação e classificação das perturbações nas várias realidades culturais, embora se tenha identificado alguns casos onde há uma grande consideração por interpretações culturais e religiosas próprias (Taylor & Rutter, 2008).

### **1.3.2 Sinais e sintomas – compreender quando é patológico.**

As perturbações mentais são síndromes, ou seja, são combinações de sintomas (APA, 2013; Muskin & Holoshitz, 2015). A forma de os avaliar é um ponto de divergência entre os especialistas, uma vez que uns defendem o uso de instrumentos standardizados e validados, seguindo os princípios psicométricos, outros defendem o uso de outros instrumentos que não têm esse tipo de validade, tal como a entrevista não-estruturada, muitas vezes usadas em complementaridade (Carr, 2005; Garb, Lilienfeld & Fowler, 2008; Taylor & Rutter, 2008). A avaliação em psiquiatria também se baseia em pistas, requerendo exames físicos como testes de sangue, testes hormonais, testes hepáticos, renais, cardíacos ou urinários, ou recorrendo ao recurso da neuroimagem (Marcelli, 2005; Muskin & Holoshitz, 2017). Assim, o diagnóstico em psiquiatria é completo a partir da compreensão da combinação dos sinais e dos sintomas (Muskin & Holoshitz, 2015; Sebeok, 2001).

Designa-se por sinal toda a pista objetiva que “o médico pode observar com os seus olhos e/ou ouvidos e/ou através dos seus instrumentos” (Sebeok, 2001, p. 32). Já o conceito de sintoma segue um carácter mais subjetivo, baseando-se na queixa da pessoa, na sua perceção relativa sobre o sofrimento (Sebeok, 2001). Em pedopsiquiatria, são os pais e os professores os principais relatores das queixas, traduzindo, muitas vezes, o seu julgamento, valorização e tolerância pessoal em relação ao comportamento do seu filho ou aluno (Malpique & Freitas, 2014). Por sua vez, o relato da criança/adolescente depende da sua idade, nível de desenvolvimento, capacidade de expressão e de verbalização, porque, muitas vezes, a explicação do sintoma incide muito numa vertente mais corporal e comportamental, com pouca capacidade de falar e pensar sobre os sentimentos e, no caso dos mais novos, de distinguir aspetos da realidade e da fantasia (Malpique & Freitas, 2014).

No entanto, sabe-se que em pedopsiquiatria um sintoma pode ser muitas vezes transitório e sem progressão numa linha patológica (Marques, 2009; Marques & Cepêda, 2009), adquirindo significado no contexto sociofamiliar e na fase de desenvolvimento da criança (Marques & Cepêda, 2009). Por isso, Marcelli (2005) defende que o normal e o patológico não são dois estados distintos e opostos, mas que se interpenetram-se, pois podemos ter crianças “patologicamente normais” (e.g. hipermaturidade da criança quando os pais são psicóticos) ou “normalmente patológicas” (e.g. fobias da primeira infância). Considera-se então que o sintoma possa ter um “significado relacional, evolutivo ou simbólico”, circunscrito num período ou numa fase de desenvolvimento, sem funcionamento disfuncional, restrito num contexto – digamos que é estrutural e adaptativo (Malpique & Freitas, 2014; Marcelli, 2005; Marques & Cepêda, 2009, Wilmschurst, 2009). Assim, deve-se ter em conta a sua intensidade do sintoma, a sua frequência, persistência ao longo do desenvolvimento e dos vários contextos onde a criança/jovem está inserida, caracterizando-se por contextos e relações patológicas envolventes com a conjugação de vários fatores (Malpique & Freitas, 2014; Marques & Cepêda, 2009).

### **I.3.3 A entrevista de avaliação clínica**

A entrevista clínica é, por norma, o primeiro passo na avaliação e o primeiro contacto com a criança/adolescente, tendo como objetivo compreender o seu estado atual global, compreender o motivo de consulta e identificar os problemas e as causas existentes (Carr, 2005; Gleitman, Gross & Reisberg, 2011; Freitas & Malpique, 2014; Marcelli, 2005; McConaughy, 2005; Rutter & Taylor, 2008).

De acordo com Marcelli (2005) e Wallon (2017), é necessário um aprofundado conhecimento sobre o desenvolvimento infantil, as suas etapas e os fatores que o influenciam para guiar a primeira entrevista e compreender o comportamento da criança. Deste modo, considera-se que na entrevista se deve explorar a origem do pedido de consulta, a história dos problemas/queixas, história do desenvolvimento e história familiar (Dias & Lima, 2014). Na primeira entrevista, Marcelli (2005) e Marques & Cepêda (2009) salientam os seguintes tópicos a abordar: a identificação dos problemas e dos sintomas associados, o nível de desenvolvimento em função da faixa etária, antecedentes pessoais (e.g. gravidez, hábitos de sono e de alimentação, prestação de cuidados nos primeiros anos), histórico familiar e caracterização das relações inter e intrafamiliares, com necessidade de exames complementares ou de observações de outras especialidades.

Em relação ao modelo, Marcelli (2005), Freitas & Malpique (2014) e Monteiro & Confraria (2014) apresentam-nos uma metodologia composta por três momentos:

- a) Entrevista-se a criança/adolescente juntamente com quem os acompanha, i.e., pais, avós, ou outros cuidadores, onde os adultos, normalmente, tomam a palavra (Freitas & Malpique, 2014; Marcelli, 2005);
- b) Entrevista-se a criança/adolescente a sós (Freitas & Malpique, 2014; Marcelli, 2005);
- c) Momento para reunir todos os intervenientes novamente; pode haver espaço também para reunir a sós com os cuidadores (Freitas & Malpique, 2014; Marcelli, 2005).

A presença dos pais/cuidadores na entrevista é indispensável, primeiramente porque são os interlocutores privilegiados quando as crianças são mais novas, pois estes, por vezes, desconhecem o motivo pelo qual vêm à consulta (Freitas & Malpique, 2014); e, em segundo lugar, porque é a melhor forma de avaliar a relação criança-cuidador, o conteúdo do discurso parental e a sua compreensão sobre o assunto, as modalidades de comunicação, as construções defensivas (Freitas & Malpique, 2014; Marcelli, 2005; Monteiro & Confraria, 2014). Normalmente, são os pais as pessoas mais próximas da realidade da criança e para compreendê-la melhor precisamos de analisá-la numa perspetiva bioecológica, percebendo o complexo sistema de contextos e relações bidirecionais que a criança/adolescente estabelece com eles (Bronfenbrenner, 2005; Bronfenbrenner & Morris, 2007). Nesse sentido, faz sentido entrevistar professores e/ou educadores, sendo a entrevista semiestruturada e/ou o questionário os métodos mais utilizados (McConaughy, 2005). Também se pode aplicar a estratégia do preenchimento do questionário com os pais quando chega o momento de ficarmos a sós com a criança/adolescente (McConaughy, 2005).

Segundo Freitas & Malpique (2014), os primeiros contactos pré-entrevista podem ser reveladores das dúvidas, hesitações, preocupações ou ambivalências que os pais/cuidadores possam ter em relação à consulta. Já no contexto de consulta, os autores Freitas & Malpique (2014) recomendam que se respeite a iniciativa de alguém começar a falar, mantendo sempre um funcionamento em “duplo registo”, onde se mantém a atenção simultânea nas crianças/adolescentes e nos pais/cuidadores. Refere-se a importância de abordar certas questões sobre a criança junto dos pais, nomeadamente hábitos sociais, desempenho escolar e *feedback* dos professores, nível de atividade, controlo de impulsos, intolerância à frustração e agressividade (McConaughy, 2005; Marques & Cepêda, 2009).

Em relação à segunda parte da entrevista, no momento a sós com a criança/adolescente, deve-se logo de imediato dar atenção ao momento de separação e de como reagem as duas partes, sendo este importante para perceber as dinâmicas

relacionais e de vinculação (Freitas & Malpique, 2014; Marcelli, 2005; Marques & Cepêda, 2009). De acordo com McConaughy (2005), deve-se manter sempre uma atitude de aceitação em relação às expressões sentimentais e ao comportamento da criança sem a julgar, garantindo e transmitindo a confidencialidade da informação transmitida. Vários autores, Carr (2005), Freitas & Malpique (2014), Marcelli (2005), McConaughy (2005) e Monteiro & Confraria (2014), convergem na ideia de que este momento a sós com a criança/adolescente é fundamental para estabelecer desde logo uma relação e uma aliança terapêutica. O clínico deve estabelecer uma modalidade de comunicação acessível à criança/adolescente, recorrendo a outras técnicas como o diálogo imaginário, o jogo, o desenho ou a escrita (Marcelli, 2005; McConaughy, 2005).

Na primeira infância é mais importante analisar o funcionamento sensoriomotor, as relações primárias, o sono, a alimentação, a linguagem e o controlo do esfíncter (Caldeira da Silva, 2014; Freitas & Malpique, 2014; Marques & Cepêda, 2009). A partir dos 5/6 anos é importante fazer uma avaliação psicomotora (Freitas & Malpique, 2014). Na segunda infância é importante fazer algumas questões projetivas, compreender as dinâmicas sociais e quando a queixa se refere a dificuldades escolares pode ser útil a aplicação de testes específicos (Freitas & Malpique, 2014). Já na adolescência é importante analisar as suas relações interpessoais, a construção da identidade sexual, autoestima, autoconceito e o nível de autonomia (Monteiro & Confraria, 2014).

Por fim, o último momento da entrevista contempla a reunião da criança/adolescente com os pais/cuidadores, havendo oportunidade para sintetizar os dados da avaliação, fazer uma leitura do diagnóstico, procurar a sua explicação, esclarecer dúvidas e abordar também o eventual plano terapêutico (Freitas & Malpique, 2014; Marcelli, 2005; Monteiro & Confraria, 2014).

#### **I.3.4 O processo de desenvolvimento na infância e na adolescência: os fatores de risco e de proteção**

Estudando a criança numa visão sistémica, compreendemos que o seu desenvolvimento e comportamento são influenciados pelas interações com o seu ambiente familiar, escolar, social e cultural (Marcelli, 2005). Deste modo, aprofundando o conhecimento sobre os fatores de risco e os fatores protetores, compreendemos melhor as origens da psicopatologia, as suas implicações clínicas e as estratégias e procedimentos terapêuticos mais adequadas a cada situação (Compas & Andreotti, 2013).

### **Conceito de fator de risco e de proteção**

De acordo com Carr (2005) e Compas & Andreotti (2013), designa-se fator de risco todo aquele que predispõe, ou que coloca em maior probabilidade, a criança de desenvolver problemas psicológicos. Considera-se haver um “risco cumulativo” quando existe mais do que um fator de risco a ocorrer, e, neste caso, a probabilidade de desenvolver uma psicopatologia torna-se muito alta (Compas & Andreotti, 2013; Marcelli, 2005). Já os fatores de proteção são aqueles que previnem as situações problemáticas, tendo implicações positivas nas respostas aos tratamentos e no prognóstico (Carr, 2005).

Autores como Compas & Andreotti (2013) e Rutter (2013) chamam de fatores de resiliência aos fenómenos dinâmicos que garantem uma adaptação positiva da criança perante experiências adversas. Segundo Marcelli (2005), a resiliência pode ter uma origem interna, própria da criança, ou ambiental, que resiste à patologia.

### **Os primeiros anos de desenvolvimento – as dinâmicas de vinculação**

O padrão de vinculação estabelecido entre o bebé e o cuidador constitui um dos fatores mais importantes para o desenvolvimento, tal como mostraram os estudos de John Bowlby (Ainsworth, Blehar, Waters & Wall, 2015; Bowlby, 1982; Caldeira da Silva, 2014; Carr, 2005; Cassidy, 2008; Guedeney, 2004; Marcelli, 2005; Soares, 2007), com repercussões até à idade adulta (Berman & Sperling, 1994; Shaver & Mikuliner, 2009). Essa relação significativa envolve o reconhecimento de uma figura de vinculação que se torna referência (a mãe, por norma), que garante a satisfação das necessidades básicas, numa relação de disponibilidade, responsividade e continuidade, garantindo a segurança num ambiente afetivo com previsibilidade e coerência (Bowlby, 1982; Scharfe, 2017; Soares, 2007).

A teoria da vinculação contempla comportamentos de vinculação (e.g. chorar, procurar o contacto, agarrar, seguir), que são considerados regressivos e que se ativam em resposta a uma ameaça/angústia de separação, e os comportamentos de exploração (e.g. andar, afastar-se, interessar-se por objetos ou outras pessoas) que são considerados progressivos (Bowlby, 1982; Caldeira da Silva, 2014; Guedeney, 2004). Através desta teoria, desenvolveu-se o protocolo “a situação estranha”, que consiste em observar a reação dos bebés perante a separação da figura de vinculação, conceptualizando vários padrões de vinculação: o padrão seguro, inseguro-evitante, inseguro resistente/ambivalente e desorganizado (Ainsworth et al., 2015).

A partir das representações e vivências das relações primárias estabelecidas, a criança organiza a informação do ambiente e constrói os seus modelos operantes internos, que são o enquadramento cognitivo para as representações mentais da criança (Bowlby,



1982; Caldeira da Silva, 2014; Miljkovitch, 2004). São modelos comportamentais de referência que tendem a serem estáveis e que são adotados nas interações relacionais futuras, tendo como base de construção a sensibilidade das respostas dos cuidadores (Bowlby, 1982; Caldeira da Silva, 2014; Morris et al., 2007). De um modo geral, os padrões seguros de vinculação estão associados à procura e manutenção de relações interpessoais ao longo da vida, a um bom desenvolvimento da autoestima, da reciprocidade nas relações, da capacidade na resolução de conflitos e resiliência (Caldeira da Silva, 2014; Soares, 2007). Contudo, os padrões inseguros estão associados a comportamentos desadequados ao contexto e com alguma probabilidade de desenvolver uma psicopatologia (Benavente & Justo, 2008; Caldeira da Silva, 2014).

### **1.ª e 2.ª infância – os fatores pessoais e contextuais de risco e proteção**

Abordar-se-ão os fatores em função da classificação proposta por Carr (2005):

#### **Fatores pessoais**

O estudo recente de Barlow (2019) analisa várias teorias que consideram o fim da discussão gene vs ambiente, uma vez que há vários fundamentos que interligam fortemente a genética e o contexto, tal como a teoria da ativação/reforço de algumas expressões de gene em deterioração de outras, em função dos estímulos do ambiente, ou como as teorias que defendem que a própria variabilidade de contextos tem que ver com fatores genéticos - onde se desenvolvem várias perspetivas de interpretar e reagir ao mesmo estímulo. Belsky et al. (2009) defendem que a vulnerabilidade genética está na base de algumas psicopatologias, contribuindo também para o desenvolvimento de respostas (positivas ou negativas) a certos estímulos do ambiente. Sabe-se que há uma influência da vulnerabilidade neurobiológica em algumas psicopatologias, nomeadamente a perturbação depressiva (Correia, 2014; Menezes et al., 2019).

Adicionalmente, há um conjunto de fatores inerentes às próprias características da criança que são prejudiciais, ou protetoras, em relação ao seu desenvolvimento, cuja origem tem uma ligação a essa predisposição, mas também à interação com o ambiente: *Ausência/presença de doenças ou infeções graves nos primeiros anos de vida; O temperamento; as capacidades cognitivas; autoestima, locus controlo e os mecanismos de defesa* (Carr, 2005; Marcelli, 2005).

#### **Fatores Contextuais**

Os fatores contextuais de risco mais apontados são a exposição prolongada ao *stress*, normalmente através de eventos traumáticos (e.g. luto, separação, abuso, *bullying*), doença grave prolongada, abandono, institucionalização, ambiente familiar negligente e/ou coercivo, de acordo com a disfuncionalidade do estilo parental e das modalidades de

comunicação intrafamiliar (Carr, 2005; Compas & Andreotti, 2013; Marcelli, 2005), e fraca rede de suporte social e comunitário (Carr, 2005; Marcelli, 2005; Monteiro & Confraria, 2014).

Para além disso, a psicopatologia parental talvez seja um dos grandes fatores de risco para a saúde mental infantojuvenil, pois o estudo recente de Hesapcioglu et al. (2017) aponta que as mães que mais referenciam os seus filhos para os serviços de pedopsiquiatria revelam sinais/sintomatologia de perturbação mental. Constatamos fortes evidências que indicam uma forte correlação entre a psicopatologia materna e a qualidade das interações mãe-filho, e, consequentemente, no comportamento e desenvolvimento da criança (Zahn-Waxler, Duggal, & Gruber, 2002).

Destacam-se as mães com perturbações do humor (Becker & Leurquin, 2010; Lotfi Azimi, Vaziri & Lotfi Kashani, 2012; Mikic & Terradas, 2014; Newland et al., 2016; Smith-Nielsen et al., 2016), que se caracterizam pela baixa capacidade de mentalização, baixa responsividade e resiliência, aspetos essenciais que estão em défice e que prejudica a prestação de cuidados e a interação mãe-criança e que pode ser preditor de uma depressão infantil. Neste sentido, segundo Almeida, Castro, Mendes & Pires (2013), Mattejat, & Remschmidt (2008) e Pedro et al. (2013), as mães com depressão tendem a ser menos sensíveis às necessidades dos seus filhos; são menos empáticas e têm menor capacidade de perceber os sinais, interpretá-los corretamente e responder pronta de forma adequada; tendem a estimular menos; adotam um estilo parental demasiado controlador ou demasiado permissivo; expressam mais comentários negativos que reforcem a baixa autoestima da criança; tendem a percecionar os seus filhos como mais difíceis do que o habitual, o que distorce a forma como constroem a parentalidade.

Por fim, refira-se o risco associado a cuidadores agressores, relacionado com a transmissão de um padrão cognitivo-emocional disfuncional - o ciclo da violência (Rodrigues & Lobo-Fernandes, 2014; Santos, 2013; Zahn-Waxler, Duggal & Gruber, 2002). Tal com cuidadores ansiosos, cuja interação entre a mãe e o seu filho implica, de acordo com McClure et al. (2001), dois cenários possíveis: por um lado, haver a transmissão de um padrão cognitivo associado à ansiedade, resultando numa transmissão de uma visão mais negativa sobre a realidade e onde a criança perspetiva os sinais de controlo dos pais como uma ameaça à sua autonomia; por outro lado, os pais podem controlar de forma adequada a transmissão dessa visão negativa e assim proteger a criança.

### **O desenvolvimento na adolescência e os seus fatores de risco**

A adolescência é a fase do desenvolvimento que procede à infância e antecede a idade adulta, cujo início é definida pela puberdade, i.e., pelo início de várias mudanças

biológicas, fisiológicas, psicológicas e sociais (Marcelli & Braconnier, 2007; Monteiro & Confraria, 2014; Strecht, 2003). Na literatura podemos encontrar várias idades para situar a puberdade entre os 10 e os 13 anos (Marcelli & Braconnier, 2007; Monteiro & Confraria, 2014). Em consonância, a adolescência é fixada numa faixa etária muito variável de acordo com os modelos e autores. Strecht (2003) aponta entre os 10 e os 16 anos, Monteiro & Confraria (2014) afirmam que alguns autores dividem em três estádios, entre os 10 e os 19 anos, outros, numa abordagem sociológica, apontam o fim entre os 20-25 anos.

Na adolescência há um investimento no grupo de pares, como base de identificação, suporte e segurança, permitindo desenvolver as competências sociais do adolescente, com preferência por grupos do mesmo sexo, a chamada “homossexualidade estruturante” que permite reforçar o investimento no sexo oposto (Monteiro & Confraria, 2014; Strecht, 2003). As mudanças corporais e esta identificação/comparação com os pares conduzem a uma construção da imagem corporal que está relacionada com a identidade sexual (Monteiro & Confraria, 2014). A “crise da identidade”, abordada por vários autores, tem no centro uma crise narcísica relacionada com a integridade e autenticidade de si próprio, do seu corpo e da sua sexualidade, surgindo processos diferentes na construção da masculinidade e da feminilidade (von Doellinger, 2017). Essa construção é individual, mas está dependente do grupo de pares, por colagem ou oposição (Strecht, 2003).

Parece consensual que a distinção entre um comportamento evolutivo adaptativo e um comportamento patológico na adolescência é complexo, uma vez que este é um período de grande rotura, mudança e conflito com instabilidade emocional (Coimbra de Matos, 2002; Marcelli & Braconnier, 2007; Monteiro & Confraria, 2014). Coimbra de Matos (2002) defende que se deve analisar esses comportamentos em três eixos: o do conflito psíquico, o da estrutura psíquica em organização e do sofrimento expressado. Para Monteiro & Confraria (2014) esses comportamentos devem ser analisados pela sua consistência, repetição, duração, contexto e consequências no ambiente.

Os dados epidemiológicos destacam a adolescência como um grupo de risco numa conduta muito particular relacionada com consumos de substâncias, delinquência, tentativas de suicídio, comportamentos autolesivos e bulímicos (Carr, 2005; Marcelli & Braconnier, 2007). Segundo Marcelli & Braconnier (2007), há fatores externos e internos que acentuam a passagem ao ato na adolescência, onde o agir é considerado como uma das respostas aos conflitos implícitos nesta fase: como mecanismo de defesa, como estratégia interativa, como bloqueio à conduta mentalizada. A passagem ao ato é um dos fatores mais fortemente relacionados com uma estrutura psicopatológica (Marcelli & Braconnier, 2007). A APA (2002) defende existir uma situação problemática com esses

comportamentos de risco quando tendem a surgir cedo, envolvido em atividades de grupo de pares e com uma frequência elevada.

## **I.4 As patologias mais prevalentes na experiência de estágio**

Neste segmento, caracterizarei as psicopatologias mais prevalentes no âmbito da experiência de estágio em relação à sua nosologia, etiologia, sintomatologia e prognóstico.

### **I.4.1 Perturbações do sono na infância**

Sabe-se que o sono tem uma função restauradora do organismo, tendo efeito recuperador nos processos bioquímicos e psicológicos, nomeadamente nos sistemas circulatório, imunitário e na estabilidade psicoafectiva, bem como na organização da memória e funções essenciais para a aprendizagem (Caldeira da Silva, 2014; Paiva, 2008). A privação deste processo acarreta consequências para a saúde, tal como a irritabilidade, sonolência, fadiga, distorções perceptivas, maior probabilidade de acidentes/erros, dificuldade na atenção sustentada e no controlo motor fino (Bootzin et al., 2002; Paiva, 2008).

Segundo Bootzin et al. (2002) e Caldeira da Silva (2014), a tipologia, os ciclos e a duração do sono variam de acordo com a idade e com a maturação ao longo do desenvolvimento, e as dificuldades tendem a diminuir a partir dos 6 anos, sendo a sua persistência e frequência um sinal de possível condição patológica. Os fatores da parentalidade, do *stress* familiar e, sobretudo, a depressão materna é muito frequente estar associada a crianças com perturbação do sono, pois é, ao mesmo tempo, causa e consequência (Caldeira da Silva, 2014; Countermine & Teti, 2010; Sadeh, Tikotzky & Scher, 2010). No DSM-V podemos encontrar na secção das perturbações sono-vigília um alargado grupo de perturbações, contundo apenas abordarei de uma forma geral os problemas de sono mais relatados com o sono na infância: a insónia, os terrores noturnos e o sonambulismo, bem como a problemática da enurese noturna.

Bootzin et al. (2002) definem a insónia como uma problemática associada à dificuldade em adormecer, despertares frequentes e prolongados, com um despertar matinal muito precoce, associados a uma experiência de escassa qualidade de sono. De acordo com a APA (2013), o DSM-V defende que os fatores para desenvolver uma perturbação de insónia podem ser temperamentais (perfil ansiogénicos, estilo cognitivo), ambientais (ruído exterior, condição de iluminação, conforto e temperatura, horários e hábitos de sono), uso de substâncias (e.g. cafeína), predisposição genética e fisiológica.

Em relação aos terrores noturnos, que Bootzin et al. (2002) define como uma “experiência subjetiva de pânico”, semelhante a uma atividade alucinatória, onde se

verificam movimentos bruscos, gritos, choro e estados de confusão mental (Bootzin et al., 2002; Marcelli, 2005; Strecht, 2003). A ocorrência frequente na infância tem que ver com momentos de grande stress (Bootzin et al., 2002) ou com dificuldade em elaborar conflitos edipianos (Marcelli, 2005).

O sonambulismo é um fenómeno de atividade motora, sem memória do sucedido, que interrompe o sono e que ocorre com mais frequência na infância, com tendência para desaparecer com a idade, e a grande percentagem dos casos é explicada por antecedentes familiares (Bootzin et al., 2002; Carr, 2005; Marcelli, 2005; Strecht, 2003). A condição torna-se mais preocupante se for acompanhada com manifestação de terror ou agressividade e, em momentos de maior ansiedade, aumenta a ocorrência dos episódios (Lobo Antunes, 2009; Marcelli, 2005; Strecht, 2003). Lobo Antunes (2009) defende que um episódio é problemático quando se coloca em causa a segurança da criança.

A ocorrência de enurese noturna, emissão não controlada de urina, é frequente na primeira infância, principalmente em rapazes, não sendo por si só considerada uma problemática patológica (Bootzin et al., 2002; Marcelli, 2005). Contudo, uma enurese noturna secundária frequente, i.e., quando a criança já controlou o esfíncter no passado e passa a ter novamente episódios de enurese, pode ser sinal de ansiedade e estar subjacente a alguma condição reacional ou patológica, provocando problemas na socialização da criança (Bootzin et al., 2002; Lobo Antunes, 2009; Marcelli, 2005).

Por fim, as perturbações do sono significam, na sua generalidade, momentos de maior tensão emocional, acarretando o desafio de autonomia que a criança enfrenta por estar na ausência dos pais e no confronto com os seus medos, emoções e pensamentos (Strecht, 2003). Normalmente, estão associadas a perturbações depressivas e/ou de ansiedade (Bootzin et al., 2002; Marcelli, 2005). Para ajudar a criança a enfrentar estes problemas é necessária uma rotina regular do sono, um ajustamento dos horários do sono à diminuição da atividade excitatória, adaptando sempre às próprias características da criança e às do ambiente (Caldeira da Silva, 2014; Carr, 2005; Lobo Antunes, 2009). Caldeira da Silva (2014) considera o uso de objetos transitivos indispensável e Lobo Antunes (2009) considera importante as crianças não adormecerem na cama dos pais e terem um espaço individual próprio para aumentar uma maturação harmoniosa, com autonomia e com um sentimento de segurança.

#### **I.4.2 Perturbações depressivas e a sua expressão na infância e na adolescência**

Conceptualmente, as perturbações do humor enquadram as perturbações depressivas e as perturbações bipolares (Correia, 2014; Ingram & Smith, 2008). Na passagem do DSM-

IV para o DSM-V, as perturbações bipolares surgem em categorias separadas (APA, 2013; Correia, 2014). E é sobre a sintomatologia depressiva, a sua etologia, expressão e impacto na infância e na adolescência, de uma forma generalizada, compreendendo também a patologia numa visão psicodinâmica, que nos vamos debruçar neste segmento. Contudo, serão mencionadas algumas das categorias das perturbações depressivas do DSM-V, nomeadamente, a perturbação depressiva major, a perturbação depressiva persistente (distímia) e a perturbação disruptiva da desregulação do humor (APA; 2013).

Porém, importa distinguir a depressão como um estado do humor (que pode ser sintoma psiquiátrico, resultante de uma doença física, condições tóxicas ou reação a acontecimentos), como uma síndrome (que é o humor depressivo com outros sintomas depressivos, ou resultante de múltiplos fatores não-psiquiátricos), ou como uma perturbação psiquiátrica (Correia, 2014; Klein et al., 2013; Queirós, 2014)

Desde a antiguidade que encontramos referências à sintomatologia depressiva na infância e adolescência, muitas vezes designada como melancolia, mas só na segunda metade do século XX é que ultrapassou a negação da sua existência como patologia psiquiátrica nesta faixa etária (Correia, 2014; Ingram & Smith, 2008; Klein et al., 2013; Marcelli, 2005). Na adolescência era muitas vezes considerada com um processo normal da fase de desenvolvimento (Marcelli & Braconnier, 2007). E a sua expressão na infância era mascarada com “sintomas equivalentes”: comportamentos agressivos, hiperatividade, dificuldades de aprendizagem, enurese e queixas somáticas (Correia, 2014; Klein et al., 2013; Strecht, 2003).

A característica comum das perturbações depressivas é “a presença de humor triste, vazio ou irritável, acompanhado de alterações somáticas e cognitivas que afetam significativamente a capacidade de funcionamento do indivíduo” (APA, 2013, p.155). APA (2013), Carr (2005), Correia (2014), Ingram & Smith (2008), Marcelli (2005) e Marcelli & Braconnier (2007) são concordantes em defender que a perturbação depressiva acarreta um grande sofrimento psíquico, com consequências graves ao nível comportamental, social, escolar e emocional, prejudicando o funcionamento relacional da criança ou jovem, havendo a tendência para se desenvolver para outras formas mais graves de depressão ou para se tornar crónica, sendo, ao mesmo, uma vulnerabilidade para outras patologias. Na adolescência, é uma das principais causas de morbilidade e de risco suicidário (Marcelli & Braconnier, 2007; Queirós, 2014; Thapar et al., 2012).

Na infância, a sintomatologia depressiva envolve humor persistentemente deprimido e/ou irritável e anedonia, o que provoca um desinteresse por brincadeiras ou atividades que eram sentidas como prazerosas, uma diminuição da socialização, choro

fácil, baixa tolerância à frustração, queixas somáticas, dificuldade na concentração, fadiga, alterações psicomotoras (e.g. instabilidade, inibição, lentificação), sentimento de culpa, perturbação do sono, perda de apetite e baixo rendimento escolar (Correia, 2014; Klein et al., 2013; Marcelli, 2005).

Na adolescência, a sintomatologia depressiva é idêntica, mas com expressão e impacto em função da fase desenvolvimental, com forte incidência de se perpetuar na idade adulta (Klein et al., 2013; Queirós, 2014). Klein et al. (2013) e Marcelli & Braconnier (2007) distinguem a sua expressão nas raparigas e nos rapazes, sendo que as raparigas parecem ser mais suscetíveis aos efeitos do *stress* durante a adolescência, preocupando-se mais com a imagem corporal; já os rapazes têm uma expressão mais comportamental agressiva. A expressão é muito idêntica à descrita anteriormente para a infância, contudo, Queirós (2014) aponta os problemas de comportamento, as queixas somáticas, ansiedade e fobias como principais fontes de expressão na adolescência, acrescentando o desinvestimento generalizado, a apatia, o isolamento, a hostilidade perante família e amigos, afastamento de atividades escolares ou de grupos de pares.

Em relação à etiologia das perturbações depressivas, Correia (2014) e Martins, Milheiro & Garrido (2006) consideram ser uma patologia causada pela interação de vulnerabilidade biológicas, genéticas e influências ambientais, com fatores que agravam o quadro, já a APA (2013) no DSM-V divide em causas temperamentais (afetividade negativa – neuroticismo), ambientais (experiências adversas; exposição a stress), genéticos e fisiológicos (com cerca de 40% de hereditariedade) e causas relacionadas com outras condições médicas e psiquiátricas, ou abuso de substâncias. Autores como Carr (2005), Ingram & Smith (2008) e Klein et al. (2013) salientam os mesmos fatores.

Na infância, Correia (2014) aponta os *life events*, nomeadamente as perdas de valor significativo, como fator agravante, juntamente com vulnerabilidades prévias. Para além disso, sabe-se que a depressão de um dos progenitores, principalmente da mãe, é um fator de risco com dupla causa: a hereditariedade e as consequências do exercício da parentalidade (Becker & Leurquin, 2010; Correia, 2014; Lotfi Azimi, Vaziri & Lotfi Kashani, 2012; Mikic & Terradas, 2014; Newland et al., 2016; Smith-Nielsen et al., 2016). Na adolescência, Queirós (2014) acrescenta que as alterações hormonais próprias da idade, combinada com a exposição ao *stress* ou situações adversas, bem como um estilo cognitivo ruminante, são fatores de risco patológico.

Numa visão psicodinâmica, as estruturas depressivas têm uma organização neurótica, com uma origem numa falha narcísica, com um sentimento de perda do objeto de amor, fonte de bem-estar/satisfação, que resulta numa fraca autoestima e autoconceito,

ativando defesas maníacas, idealizações ou denegações (Coimbra de Matos, 2002; Marcelli, 2005; Marcelli & Braconnier, 2007; Strecht, 2003).

Por fim, em relação à epidemiologia, de acordo com APA (2013), o DSM-V descreve a perturbação disruptiva da desregulação do humor como diagnóstico entre os 6 e os 18 anos quando se observa um humor irritável crónico grave, com explosões em resposta à frustração, com uma prevalência de 2-5%. APA (2013) e Correia (2014) indica que esta se pode desenvolver na idade adulta para perturbações bipolares. Já a depressão *major* em crianças tem uma prevalência de 2% e a depressão persistente de 0,6%, segundo APA (2013) e Correia (2014). Na adolescência, os estudos mostram que prevalência a depressão durante o período de um ano seja superior a 4%, aumentando depois da puberdade e depois da adolescência, e, sobretudo, em raparigas (Thapar et al., 2012).

#### **I.4.3 Perturbações de ansiedade e a sua expressão na infância e na adolescência**

De acordo com APA (2013), a categoria do DSM-V das perturbações de ansiedade contempla as perturbações que partilham características emocionais e comportamentais relacionadas com medo ou ansiedade em níveis excessivos: perturbação de ansiedade de separação; mutismo seletivo; fobia específica; perturbação de ansiedade social (fobia social); perturbação de pânico; agorafobia; perturbação de ansiedade generalizada. Neste segmento, apenas se abordará a perturbação de ansiedade de separação e a perturbação de ansiedade generalizada, uma vez que são mais pertinentes no contexto do estágio.

Sabemos que o medo “é a resposta emocional à ameaça iminente real ou percebida” e a ansiedade é “a antecipação de uma ameaça futura” (APA, 2013, p.189). Para Rappe (2012) ambas convergem em comportamentos de evitamento, estes que podem ser a situações específicas, lugares ou estímulos, podendo envolver hesitação e incerteza. Contudo, parece consensual o reconhecimento do medo e da ansiedade, e da própria ansiedade de separação, como características desenvolvimentais e necessárias à própria ação (Carr, 2005; Marcelli, 2005; Teiga, 2014; Telles Correia, 2018; Weems & Silverman, 2013).

As expressões somáticas da ansiedade (e.g. tensões musculares, tremores, palpitações, vômitos, diarreias, dificuldades em adormecer) são comuns e, portanto, não são exclusivas de perturbações de ansiedade (Rappe, 2012). Em relação à comorbidade, esta é estimada em 60%, aparecendo associada a uma perturbação depressiva, perturbação do sono, perturbação do comportamento alimentar, perturbações externalizantes do comportamento, perfil hipocondríaco, abuso de substâncias (na



adolescência), instabilidade, agitação ou inibição psicomotora (APA, 2013; Marcelli, 2005; Rappe, 2012; Teiga, 2014; Weems & Silverman, 2013).

A etiologia das perturbações de ansiedade tem que ver com fatores biológicos e ambientais (APA, 2013; Carr, 2005; Teiga, 2014; Telles Correia, 2018; Weems & Silverman, 2013). Em relação aos fatores biológicos, sabe-se que as perturbações de ansiedade têm uma hereditariedade de aproximadamente 30 a 40%, a partir dos estudos citados por Rappe (2012), 30% nas perturbações de ansiedade generalizada nos estudos citados por Rappe & Barlow (2002), para além disso, sabe-se que alguns genes podem estar relacionados com a serotonina, que é responsável por alguma vulnerabilidade (Beirão, 2009; Teiga, 2014; Weems & Silverman, 2013). A hereditariedade tem papel ativo no desenvolvimento de traços ou de características temperamentais que estão associadas a um perfil de ansiedade (Rappe, 2012; Teiga, 2014; Weems & Silverman, 2013).

De acordo com Rappe (2012) e Teiga (2014), o traço de inibição é o mais frequente na infância, observando-se evitamento de situações novas, ausência de sorriso, desconforto na presença de estranhos, muita proximidade da figura de vinculação e pouco contacto ocular. Segundo Rappe & Barlow (2002), há maior tendência nas pessoas com perfil ansioso para prestarem demasiada atenção e detetarem mudanças no contexto, esse maior grau de preocupação despoleta sinais de alerta. Rappe (2012), Teiga (2014), Weems & Silverman (2013) e Williams (2008) apontam ainda o estilo cognitivo como um fator de risco, associado a uma leitura ambígua das situações vividas, havendo uma sobrestima do risco e uma falta de confiança nas estratégias para lidar com o mesmo.

Quanto aos fatores ambientais, estes estão em interação com as vulnerabilidades neurobiológicas, sabemos que os fatores familiares, nomeadamente no reforço parental das respostas ansiosas da criança/adolescente; uma parentalidade muito crítica, negativista, hipervigilante e hipercontroladora, ou, por outro lado, abandonica e/ou punitiva; vinculação insegura (ansiosa/resistente); e a disfuncionalidade do ambiente familiar aumenta também o risco (Carr, 2005; Rappe, 2012; Teiga, 2014). Os processos de modelagem comportamental e de condicionamento são usados por muitos autores para explicar a forma como os fatores ambientais reforçam as respostas ansiosas, por mecanismos neurofisiológicos, criando distorções cognitivas do que é experienciado (Rappe & Barlow, 2002; Teiga, 2014; Weems & Silverman, 2013; Williams, 2008). Para além disso, os eventos de vida, nomeadamente eventos traumáticos, abusos, violência, situações de exposição a stress elevado e separação/perda fazem parte também deste espetro na etiologia das perturbações de ansiedade (Rappe, 2012; Teiga, 2014). Telles

Correia (2018) adverte que as mudanças nas sociedades ocidentais tornaram a vida mais “agitada” neste século, dando origem a um aumento das perturbações de ansiedade.

Em relação à perturbação de ansiedade de separação, que é importante distinguir da fase normativa da ansiedade de separação na primeira infância, caracteriza-se por uma preocupação ou medo excessivos, relativamente a momentos de separação de figuras de vinculação, ou sua antecipação, numa idade inapropriada (APA; 2013; Teiga, 2014). Segundo a APA (2013), no DSM-V, existem 8 aspetos associados a esta preocupação ou medo inapropriados: o sofrimento excessivo e recorrente na ocorrência ou antecipação de estar afastados das figuras; preocupação persistente acerca do eventual perigo de perder a figura, preocupação excessiva de que um evento imprevisto leve à separação da figura; hesitação ou recusa em afastar-se de casa devido à separação; medo excessivo de ficar sozinho em qualquer contexto; hesitação ou recusa em dormir longe de casa ou afastado das figuras de referência; pesadelos repetitivos relacionados com a perda das figuras; queixas somáticas repetitivas, nomeadamente quando ocorre, ou é antecipada, por um momento de separação. A APA (2013) acrescenta que esta perturbação tem um impacto negativo na funcionalidade da criança/adolescente, nomeadamente na sua autonomia e socialização em contexto escolar.

Em relação à perturbação de ansiedade generalizada, a pessoa encontra-se num processo contínuo onde não consegue controlar as preocupações excessivas e persistentes, não estando relacionadas com nenhuma situação em específica, focando-se nas questões de aprovação ou competência em situações futuras ou novas (APA, 2013; Teiga, 2014). De acordo com APA (2013), o DSM-V contempla seis itens sintomáticos, no qual é exigido um para o diagnóstico em crianças: inquietação; fadiga; dificuldade em concentração; irritabilidade; tensão muscular; perturbação do sono.

Numa visão psicodinâmica, a ansiedade surge como uma organização neurótica, associada à angústia que surge quando a pessoa “não consegue responder de forma adequada a uma tensão vivida como ameaçadora” (Marcelli, 2005, p.372). Segundo Marcelli (2005) e Marcelli & Braconnier (2007), as transformações da angústia na infância e na adolescência manifestam-se em comportamentos fóbicos, histéricos e em comportamentos obsessivos/ritualizados.

Por fim, acho pertinente para a análise de casos mais adiante abordar de uma forma breve o significado psicodinâmico dos comportamentos obsessivos/ritualizados. Segundo Marcelli (2005), a ritualização é uma tentativa de dominar a angústia através da conservação da coerência de um “ambiente idêntico e invariável”, de um sentimento de individualidade que está sempre sob ameaça. Para este autor, pode haver

comportamentos na fase latência que correspondem a uma “luta ansiosa” e as obsessões-compulsões no período pré-adolescente e adolescente.

### **Recusa Escolar**

Segundo Rappe (2012) e Teiga (2014), apesar da recusa escolar não ser um diagnóstico formal, admite-se uma discussão em torno da questão e da sua associação às perturbações de ansiedade. Define-se como “recusa persistente de ir para a escola, associada a ansiedade” (Teiga, 2014, p.192), aparecendo queixas somáticas associadas muitas vezes. Para Rappe (2012) a recusa escolar não é uma perturbação de ansiedade, uma vez que esta é insuficiente para explicar a condição.

De acordo com Marcelli (2005), a recusa escolar pode dar-se numa oposição ativa, com comportamentos hostis, instabilidade e raiva, ou numa oposição passiva, com desinvestimento escolar ou absentismo. Para o mesmo autor, o desinvestimento escolar é mais frequente no final do período de latência e na adolescência, caracterizando-se por uma aversão geral a todos os assuntos relacionados com a escola, incluindo as relações com os pares, encontrando-se associado ao absentismo e à interrupção da escolaridade – fator de risco para a saúde mental do jovem. Teiga (2014) afirma que os pais têm maior controlo sobre o absentismo na infância e menor na fase da adolescência.

Na avaliação desta questão, é importante explorar a origem possível para tal quadro: *bullying*, competências sociais, temperamento, queixas somáticas, rendimento escolar, condições de adaptação escolar e da relação professor-aluno (Rappe, 2012; Teiga, 2014). Muitas vezes, esta problemática ocorre em fases transitórias (e.g. início de ciclo; início de ano letivo, fase depois das férias, após fim-de-semanas) (Teiga, 2014). Para Ferronha (2014), a adaptação escolar é um desafio para crianças hiperativas e impulsivas pela própria condição e pelas respostas da escola às suas dificuldades.

Por fim, a inibição escolar surge como dificuldade de trabalho e concentração nas tarefas escolares, num nível alto de sofrimento, com movimentos fóbicos e de recusa (Marcelli, 2005). Strecht (2003) descreve-as numa estrutura neurótico-fóbica onde as crianças não conseguem expressar o seu bom nível intelectual, utilizando uma comunicação discrepante com a própria capacidade de comunicar - normalmente falam pouco e/ou respondem com monossílabos. Marcelli (2005) aborda ainda que a fobia escolar surge associada à ansiedade e, algumas vezes, a comportamentos ritualizados.

#### **I.4.4 Perturbações disruptivas do comportamento e a sua expressão na infância e na adolescência**

No DSM-V encontramos a categoria das perturbações disruptivas do controlo de impulsos e da conduta, que contempla vários quadros clínicos sobre o comportamento, e a categoria das perturbações do neurodesenvolvimento, que engloba a perturbação de hiperatividade e déficit de atenção (PHDA) (APA, 2013). Alguns manuais de psiquiatria referem-se a problemas externalizantes do comportamento, uma classificação mais ligada ao DSM-IV. Contudo, neste segmento, pretende-se abordar os problemas de comportamento de uma forma mais geral, revisitando a nosologia da PHDA, mas focando em aspetos mais gerais como a expressão dos mesmos na infância e adolescência, a hiperatividade/agitação psicomotora, a oposição, a impulsividade, a violência e o consumo de substâncias.

A literatura é consensual em considerar os problemas externalizantes do comportamento como heterogêneos e comuns na população infantojuvenil, incluindo um prognóstico pouco favorável com tendência para se relacionar a comportamentos antissociais, à delinquência e à criminalidade na adolescência e na idade adulta (Barrias, 2014; Carr, 2005; Frick & Kimonis, 2008; Marcelli & Braconnier, 2007; Waldman & Lahey, 2013). De acordo com Marcelli (2005), o principal fator para tornar patológico um comportamento disruptivo é a sua continuidade e sua expressão com origem numa organização psicopatológica. Já o DSM-V aponta a violação das normas sociais e o descontrolo emocional e comportamental como critérios comuns nas perturbações da conduta, que são consideradas como tal quando comprometem o funcionamento social e escolar de forma persistente e repetitiva (APA; 2013).

Strecht (2003) defende que o comportamento da criança é a forma privilegiada comunicar e que em pedopsiquiatria compreendemo-lo como expressão de estados afetivos internos. No momento de avaliação, consideram-se os fatores etiológicos internos como o temperamento, vulnerabilidade emocional, a forma de gerir as angústias, o estilo cognitivo, outras condições médicas, bem como fatores externos como a existência de psicopatologia familiar, má relação com pais e grupo de pares, modelo parental, práticas agressivas, eventos de vida (APA, 2013; Barrias, 2014; Marcelli & Braconnier, 2007; Waldman & Lahey, 2013). Segundo Lobo Antunes (2009), a etiologia entende-se, sobretudo, na conjugação de fatores genéticos com fatores ambientais.

Em relação à prevalência, é consensual que os problemas de comportamento têm maior incidência no sexo masculino (APA, 2013; Barrias, 2014; Carr, 2005; Frick & Kimonis, 2008; Marcelli & Braconnier, 2007; Waldman & Lahey, 2013, contudo os estudos não são

concordantes no rácio, indicando desde 2:1 até 10:1 (Barrias, 2014). O DSM-V também refere não haver diferenças em relação à etnia (APA; 2013).

### **Hiperatividade / agitação psicomotora**

Lobo Antunes (2009) define a hiperatividade como agitação psicomotora que advém da dificuldade da criança em se focar numa atividade. Thevenot & Metz (2007) acrescentam que a hiperatividade como sintoma dos problemas de comportamento parece remeter para o termo “instabilidade psicomotora”, descrito também por Berger (2001) e Fonseca (2012a). Fonseca (2012a) aborda a instabilidade psicomotora como dificuldade em inibir os movimentos que levam a uma retirada da tarefa por falta de contenção, associando-se, por vezes, a agressividade.

Os estudos de Salgueiro (2005) colocam a hipótese de que a hiperatividade “constitui uma resposta psicomotora ajustada a circunstâncias pessoais, familiares, escolares e sociais, sentidas como intoleráveis”. Já Rodrigues (2005) admite haver controvérsia sobre a hiperatividade/irrequietude como sintoma e diagnóstico, uma vez que podem ter origens e expressões diferentes, classificando-a, por um lado, como sintoma de uma disfunção neurobiológica (exemplo da PHDA) ou como sintoma com origem afetiva. Não obstante esta divisão teórica, o mesmo autor concorda que há, na maior parte das vezes, a conjugação das duas origens, tal como defende Berger (2001).

### **Impulsividade**

De acordo com Marcelli & Braconnier (2007), o impulso é um comportamento súbito com urgência a se cumprir, sem controlo e sob domínio emocional. Tavares & Alarcão (2008) definem a impulsividade como comportamentos marcados por reações rápidas sem planeamento, cujo as consequências não são consideradas, ou apenas de forma parcial. A impulsividade, derivada a sua natureza multidimensional, faz parte da sintomatologia de diversas perturbações disruptivas do comportamento, contudo, no caso da PHDA assume-se uma perspetiva relacionada com uma disfunção neurológica do controlo inibitório (Roberts, Fillmore & Milich, 2011; Tavares & Alarcão, 2008). Neste âmbito, o DSM-V acrescenta que pode derivar de uma dificuldade em adiar a gratificação (APA; 2013).

### **Oposição e desafio**

No DSM-V podemos encontrar uma perturbação específica para comportamentos de oposição e desafio patológicos, enquadrando-se num padrão de humor irritável, comportamento desafiante e questionador perante os adultos, e um cariz vingativo (APA, 2013; Barrias, 2014). Lobo Antunes (2009) acrescenta que esta perturbação se expressa através de birras frequentes, discussões constantes e argumentativas contra os adultos,

colocar em questão as regras, recusa/oposição em cumprir com ordens, culpar os outros pelos seus próprios erros e tentativas deliberativas para criar uma zanga.

Barrias (2014) e Lobo Antunes (2009) salientam que a família é o primeiro contexto onde se aprende a importância do cumprimento de regras e no caso das “crianças difíceis” é importante intervir para não se formar uma desobediência contínua. Barrias (2014) e Marcelli & Braconnier (2007) abordam ainda a oposição no seu sentido desenvolvimental, nomeadamente na fase dos 2-4 anos, onde o estilo parental exerce um papel fulcral. Contudo, num quadro patológico, Barrias (2014) e Waldman & Lahey (2013) afirmam que a oposição e desafio estará ligada à agressividade e atos de delinquência na adolescência. Por fim, segundo a APA (2013), esta perturbação está ligada a comportamentos hostis por parte dos pais e/ou conflitos conjugais.

### **Heteroagressividade**

Marcelli (2005) aborda a questão da agressividade comparando-a com a questão da necessidade territorial da biologia animal. Já Freud a definia como instinto de autoconservação da espécie, como reação de proteção física e psíquica a uma ameaça real ou imaginada (Alexandre, 2007). Conceptualmente, Berger & Arrizabalaga (2014) consideram que a agressividade é um movimento psíquico mais elaborado do que a violência, onde há um alvo específico e onde pode haver sensibilidade ao risco de perda do outro e a um sentimento de culpa.

A etiologia dos comportamentos heteroagressivos está ligada a razões genéticas e neurofisiológicas, com razões ambientais, que podem estar relacionadas com o défice de competências sociais e de comunicação, eventos traumáticos, exposição a cuidadores hostis e a violência em contexto familiar (ver o tema [1.3.5.](#)) (Alexandre, 2007; Marcelli, 2005; Rebollo-Mesa, Polderman & Moya-Albiol, 2010; Santos, 2013). Santos (2013) defende que o ato violento é desencadeado quando a criança se frustra nas suas necessidades afetivas e a autoestima é ameaçada. Berger & Arrizabalaga (2014) acrescentam que a sua condição patológica tem uma origem num sofrimento emocional e/ou tensão entre o sujeito e o ambiente, criando-se um sentimento de insuportabilidade perante determinados estímulos (e.g. proximidade de outros corpos), que são interpretados como ameaças.

Segundo Marcelli & Braconnier (2007), o agressor tem normalmente 9-17 anos, com um pico na pré-adolescência, e apresentam, muitas vezes, problemas somáticos, intolerância à frustração, dificuldades escolares e outras condições associadas. As suas crises violentas são impulsivas e acontecem em momentos de raiva/frustração, podem mesmo assemelhar-se a momentos alucinatórios onde há uma perda de contacto com a realidade, marcados por um descontrolo excessivo, e que são levados até ao seu “fim

natural”, chegando a haver negação do ato ou uma dificuldade em mentalizá-lo (Berger & Arrizabalaga, 2014; Marcelli, 2005).

### **Consumo de substâncias**

A adição em relação a substâncias exógenas é vista, muitas vezes, como a “patologia da adolescência”, uma vez que está relacionada com a procura de sensações, passagem ao ato, sistema de recompensa socioemocional (Marcelli & Braconnier, 2007; Moreira, 2014). Numa visão psicanalítica, o adolescente substitui uma relação afetiva insuportável por um “objeto”, que se torna numa dependência de círculo vicioso de não-satisfação, desenvolvendo-se uma compulsão pelo comportamento, por medo de perda de prazer, manutenção do mesmo apesar das consequências, culpabilidade e sintomas de abstinência (Marcelli & Braconnier, 2007). Contudo, há, como em todas as condições patológicas, uma origem multifatorial relacionada com a interação entre a genética e o ambiente (Brown, Tomlinson & Winward, 2013).

O consumo precoce tem razões sociofamiliares e culturais que, por vezes, desvalorizam consumos esporádicos, promove a exposição e o acesso (Marcelli, 2005). Classicamente, admite-se que o álcool, tabaco e cânabis são os consumos mais frequentes (APA, 2013; Brown, Tomlinson & Winward, 2013; Marcelli, 2005; Marcelli & Braconnier, 2007; Moreira, 2014). Moreira (2014) faz uma caracterização da população portuguesa sobre este tema, afirmando que o consumo de álcool é substancialmente maior do que de drogas ilícitas, que são consumidas, maioritariamente, por jovens do sexo masculino de meios urbanos e com uma tendência para aumentar o consumo de substâncias psicoafectivas. Essas “novas drogas”, como lhe chama Moreira (2014), são, sobretudo, canabinoides sintéticos (e.g. MDMA) que podem causar intoxicações graves, dependência e/ou episódios psicóticos (Brown, Tomlinson & Winward, 2013).

Por fim, salienta-se que o prognóstico é grave, uma vez que implica um alto nível de morbilidade e graves problemas sociais, estando implicada, na maior parte das vezes, uma comorbilidade com condições psiquiátricas graves relacionadas com problemas internalizantes ou externalizantes do comportamento (APA, 2013; Marcelli & Braconnier, 2007; Moreira, 2014). A intervenção passa pela prevenção e pela intervenção precoce, numa relação terapêutica sem juízos de valor, com garantia de confidencialidade e na mobilização de fatores protetores (Moreira, 2014).

### **Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção (PHDA)**

De acordo com o DSM-V, dentro da categoria do neurodesenvolvimento, a PHDA caracteriza-se por um “padrão persistente de desatenção e/ou hiperatividade-impulsividade” (APA, 2013, p.59), que perturba o funcionamento diário em todos os

contextos de vida, havendo critérios específicos para categorizar como predominantemente desatenta, hiperativa/impulsiva ou combinada (APA, 2013). Segundo a APA (2013), Barrias (2014) e Barrias et al. (2017), trata-se de uma perturbação heterogênea e com grande probabilidade de comorbilidade e que acarreta consequências sociais na relação com outros, em relação ao sucesso escolar e autoestima. A sua etiologia parece também assentar numa conjugação de fatores genéticos e ambientais que predizem uma desregulação neurológica ao nível dos neurotransmissores (APA, 2013; Carr, 2005; Lobo Antunes, 2009; Rodrigues, 2005).

Por fim, em relação ao tratamento não-farmacológico, este pode ser uma abordagem mais psicoeducativa junto da criança e dos pais, ou uma intervenção mais comportamental com foco na autorregulação, orientação para a tarefa, resolução de problemas, funções cognitivas (Carr, 2005; Barrias, 2014; Frick & Kimonis, 2008). Lobo Antunes (2009) acrescenta que é importante reduzir os fatores de distractibilidade durante a concretização da tarefa, reduzir a autoridade parental, diminuir a frustração e ajudar a organizar a tarefa.

## **I.5 As intervenções terapêuticas em pedopsiquiatria**

De acordo com Marcelli (2005), as escolhas terapêuticas em pedopsiquiatria são sempre complexas, envolvendo múltiplas opções de tratamento, podendo ter uma abordagem mais centrada no sintoma ou mais na estrutura, pretendendo a conservação ou a reestruturação/reparação das relações existentes na vida da criança (e.g. dinâmica familiar; relação com os pares). Rutter & Taylor (2008) acrescentam que o fator mais importante a ter em conta é o risco e aconselham analisar-se caso a caso, porque a terapêutica deve ser personalizada, tal como defendem também Monteiro & Santos (2014).

As opções terapêuticas mais referidas na literatura são: *As psicoterapias individuais ou em grupo* - que têm diferentes modelos teóricos, diferentes escolas e diferentes metodologias terapêuticas (Gleitman, Gross & Reisberg, 2011; Leal, 2018; Marcelli, 2005; Monteiro & Santos, 2014); *A psicofarmacologia* – que tem aumentado a sua incidência nos últimos anos devido também aos avanços da neurobiologia (Gleitman, Gross & Reisberg, 2011; Volkow & Swanson, 2008), onde o médico que os prescreve deve assegurar que existe credibilidade científica que suporte a eficácia do fármaco, bem como garantir o consentimento da toma devida de acordo com a prescrição (Marcelli, 2005; Marques & Sanchez, 2014).

Contudo, são também referidos os seguintes contextos organizativos institucionais para procedimentos terapêuticos: *O internamento psiquiátrico* - modalidade para prestar de cuidados a tempo inteiro para situações agudas e urgentes, que pode ser compulsivo



se o jovem a partir dos 14 anos recusar um tratamento indispensável para o seu estado de saúde mental, tendo uma anomalia psíquica grave que o impede ter o discernimento necessário para avaliar a situação (Mendo Jorge, 2014; RRHPIA, 2018); *O hospital de dia* - estrutura que acolhe crianças/jovens com psicopatologias graves que não responderam positivamente às respostas terapêuticas em ambulatório, desenvolvendo-se atividades terapêuticas intensivas, diversificadas e de forma continuada, dirigidas por uma equipa multidisciplinar, para apoiar melhor a adaptação ao contexto familiar e escolar (Marcelli, 2005; RRHPIA, 2018); *A institucionalização* – retirada do seu contexto familiar devido a patologia familiar grave, a uma dificuldade social grave, ou devido ao agravamento do prognóstico da criança/jovem, havendo a possibilidade de um acolhimento familiar terapêutico, apesar das condições especiais e da dificuldade para formalizar este tratamento (Marcelli, 2005).

Para introduzir o trabalho da equipa de pedopsiquiatria do HVFX e para entender melhor o enquadramento do meu trabalho como psicomotricista na equipa, no âmbito do estágio, apenas abordarei as escolas/modalidades terapêuticas mais pertinentes.

### **1.5.1 As principais escolas psicoterapêuticas**

Marcelli (2005) divide as principais terapias em sintomáticas, que pretendem incidir sobre a redução dos sintomas, e psicodinâmicas, que assentam nas teorias freudianas e em conceitos psicanalíticos. Já Monteiro & Santos (2014) apontam quatro principais escolas psicoterapêuticas: as comportamentais, as cognitivo-comportamentais, as psicodinâmicas e as sistémicas. Leal (2018) acrescenta que o final do século XX foi muito rico no desenvolvimento de novas práticas sustentadas por várias concepções teóricas e com uma disciplina científica bem organizada, dando origem a inúmeras possibilidades terapêuticas. Gleitman, Gross & Reisberg (2011) defendem que há uma tendência atual para tratamentos mais ecléticos, que convergem técnicas comportamentais, cognitivas, humanísticas e psicodinâmicas. Deste modo, seguindo a nomenclatura de Monteiro & Santos (2014), abordarei de uma forma breve as quatro principais escolas, com enfoque especial nas terapias psicodinâmicas devido à importância que estas têm na concepção e organização dos grupos terapêuticos da equipa de pedopsiquiatria do HVFX.

As *terapias comportamentais* baseiam-se no condicionamento clássico, condicionamento operante e na aprendizagem social e pressupõem uma modificação comportamental através da sua análise funcional, que permitiram o desenvolvimento de técnicas de treino de competências sociais, modelagem e dessensibilização sistemática (Gleitman, Gross & Reisberg, 2011; Monteiro & Santos, 2014).

As *terapias cognitivo-comportamentais* também se baseiam na teoria da aprendizagem social e no condicionamento, admitindo que o ambiente reforça processos cognitivos que dão origem a hábitos e comportamentos desadequados e mal-adaptados que causam sofrimento (Gleitman, Gross & Reisberg, 2011; Marcelli, 2005; Monteiro & Santos, 2014). Assim, o foco da intervenção é a mudança destes padrões onde interferem pensamentos, sentimentos e comportamentos, sendo a reestruturação cognitiva e o treino de resolução de problemas as técnicas mais utilizadas (Freeman et al., 2005; Gleitman, Gross & Reisberg, 2011; Monteiro & Santos, 2014; Sá & Baptista, 2018).

As *terapias sistêmicas* baseiam-se na teoria de que uma pessoa está dependente de múltiplos contextos, estando o seu desenvolvimento sob influência das relações que estabelece com os mesmos (Bronfenbrenner & Morris, 2007; Monteiro & Santos, 2014). Assim, estas terapias rejeitam a análise individual dos sintomas, adotando uma visão contextual, onde a família ganha um principal destaque como sistema e as suas dinâmicas de funcionamento são objeto de análise (Monteiro & Santos, 2014).

As *terapias psicodinâmicas* pretendem atuar nas “forças de mudanças”, também chamadas de “forças do eu” e nas resistências/bloqueios, muitas vezes designados como “mecanismos de defesa” que um sujeito vive inconscientemente, apontando os conflitos internos como principal razão de sofrimento (Malpique & Pinto de Freitas, 2014; Monteiro & Santos, 2014). Segundo Abreu-Afonso & Oliveira (2018) e Malpique & Pinto de Freitas (2014), a problemática inicial do sujeito no processo analítico, designada por “neurose inicial”, é transferida para a relação com o terapeuta, “neurose de transferência”, comunicando-lhe conteúdo inconsciente que não consegue dizer por palavras. Este conceito de “neurose” deve-se a Freud, que considerava a “neurose infantil” o modelo para a neurose do adulto (Malpique & Pinto de Freitas, 2014; Marcelli, 2005), contudo esta tem, por vezes, expressão clínica, sendo as formas mais comuns; a histérica, fóbica ou obsessiva (Braconnier, 2000; Malpique & Pinto de Freitas, 2014). Portanto, existe um foco nos processos transferências e contratransferências na relação terapêutica (Marcelli, 2005), o “alívio da dor psíquica”, o desenvolvimento da personalidade, permitindo a resolução do conflito intrapsíquico, privilegiando a unidade do self (Abreu-Afonso & Oliveira, 2018). Para além disso, o *setting* e a atitude do terapeuta seguem definições rigorosas, procurando conter o processo da neurose de transferência, de regressão e progressão, fomentando a construção de uma aliança terapêutica numa atitude de escuta ativa e empatia, utilizando técnicas de associação livre e de atenção flutuante (Abreu-Afonso & Oliveira, 2018; Malpique & Pinto de Freitas, 2014; Marcelli, 2005).

Nas terapias psicodinâmicas com crianças/jovens, estas técnicas de associação livre concretizam-se através de técnicas expressivas como o jogo livre (ludoterapia), as dramatizações, as pinturas, os desenhos, as artes plásticas, a dança e a música (Cabral, 2014; Malpique & Pinto de Freitas, 201), onde são encenados e projetados os “processos fantasmáticos”, i.e., fantasias inconscientes (Abreu-Afonso & Oliveira, 2018; Marcelli, 2005). Para além das melhorias clínicas, podemos constatar nos estudos recentes que as terapias psicodinâmicas provocam mudanças cerebrais dos pacientes, havendo uma aproximação à neurobiologia e uma maior preocupação em protocolar a terapia com base em evidências científicas (Ferraz, Von Doellinger & Coelho, 2014). Por fim, note-se que, de forma geral, as terapias psicodinâmicas pretendem: “trazer à consciência a origem dos conflitos e dos comportamentos sintomáticos (...) e depois proporcionar à criança meios para melhorar, elaborar, superar e/ou tolerar os seus conflitos” (Marcelli, 2005, p. 615).

### **I.5.2 Fundamentos das terapias em grupo**

Segundo Zimmerman (1993) a génese dos grupos terapêuticos está contemplada em várias teorias, começando a ganhar uma identidade com os trabalhos de Bion, Anzieu, Kaes e Foulkes, assumindo-se como uma nova entidade/totalidade com regras e mecanismos próprios, e não como mero somatório de indivíduos, que se enquadra num *setting* terapêutico, que preserva um espaço e um tempo de reunião, que privilegia distribuição de posições e de papéis (Zimmerman, 2007). Para justificar a dinâmica grupal inerente ao ser humano, o mesmo autor apresenta o seguinte pressuposto:

O ser humano é gregário, e ele somente existe em função de seus inter-relacionamentos grupais. Sempre, desde o nascimento, o indivíduo participa de diferentes grupos, numa constante dialética entre a busca da sua identidade individual e a necessidade de uma identidade grupal. (Zimmerman, 2007, p. 2).

De acordo com Gleitman, Gross & Reisberg (2011), uma terapia de grupo pressupõe um número certo de pacientes que são selecionados para fazerem juntos o seu tratamento num grupo que é estruturado e orientado por um ou mais terapeutas. A importância de grupos em pedopsiquiatria assenta no objetivo de não deixar as crianças ficarem “paralisadas” na relação dual (Berger, 2001), promovendo a separação/individuação, o reforço da identidade sexual e identificação com os pares (Cabral, 2014). Contudo, segundo Abreu-Afonso & Neto (2018) uma criança que não estabeleça uma boa relação dual não o fará em terapia de grupo. O grupo terapêutico proporciona uma troca de experiências, de narrativas e de crenças, promovendo uma (re)adaptação ao modo de

vida individual e coletivo, as competências sociais e uma experiência de “alívio emocional” (Benevides, Pinto, Cavalcante & Jorge, 2010).

O grupo pode ser o lugar de realização imaginária de desejos, sendo o sentimento grupal uma procura de um estado fusional como defesa das angústias (Cabral, 2014). A mentalidade de grupo ultrapassa inconscientemente a problemática de cada membro (Cabral, 2014), sendo ponto de redução de resistências individuais (Marcelli, 2005). Também exalta padrões comportamentais e valores sociais, ajudando a interiorizar e a relativizar diferenças homens/mulheres, bem/mal, fantasia/realidade (Cabral, 2014). A utilização de mediadores no grupo permite a existência de uma atividade que se coloca a meio entre a individualidade e a grupalidade, entre o imaginário e a realidade, permitindo à criança ou ao jovem restaurar a sua relação com o ambiente/social (Marcelli, 2005).

Segundo Vecchiato (2003), o grupo pretende criar uma situação relacional mais próxima da realidade para a criança, onde o terapeuta desenvolve os estímulos necessários à mudança. Sendo, uma oportunidade para a criança validar a sua experiência, perceber que existem estratégias alternativas para resolver o mesmo problema e usar positivamente os mecanismos de defesa (Cabral, 2014). Assim, torna-se pertinente um “casal terapêutico”, i.e., um terapeuta homem e uma terapeuta mulher em co-terapia, facilitando processos de transferência e controlando as co-transferências; promovendo o processo de autonomia e socialização; polarizando os papéis, reduzindo comportamentos de ambivalência - um assume o papel de suporte e o outro de desafio; concede dois modelos contrastantes de atitudes e comportamentos (Vidigal, 2005).

Segundo a teoria psicanalítica, a terapia grupal pode ter várias dinâmicas/movimentos no seu processo de desenvolvimento: o *agrupamento* – onde se dá o fenómeno da desindividualização em favor da constituição do grupo (Marcelli, 2005); a *mutação dos maus objetos* - onde se cria o clima tenso de encontrar um bode expiatório, assumida pelo terapeuta, para todas as situações geradoras de tensão, conflito e caos (Marcelli, 2005); a *ilusão grupal* – um estado fusional e de coesão grupal, uma idealização que permite e restauração narcísica.

Por fim, independentemente das técnicas ou dos modelos utilizados, toda a terapia de grupo beneficia sempre do contexto em si, sendo promotora do altruísmo, das competências sociais, comportamento de imitação, aceitação e valorização, aprendizagem interpessoal, aquisição de informação, desenvolvimento do sentimento de esperança, *insight* sobre fatores existenciais, expressão das suas emoções e aprendizagem emocional (Yalom & Lesczc, 2008).

### **I.5.3 As psicoterapias mais utilizadas nos grupos observados na equipa de pedopsiquiatria do HVFX**

Parece consensual na literatura que, aos longo dos anos, algumas das psicoterapias mais usadas nos diversos serviços de pedopsiquiatria são: a ludoterapia (Berger, 2001; Cabral, 2014; Malpique & Pinto de Freitas, 2014; Marcelli, 2005; Monteiro & Santos, 2014); o psicodrama – dramatizações (Berger, 2001; Marcelli, 2005; Monteiro & Santos, 2014); e a arteterapia (Cabral, 2014; Marcelli, 2005; Monteiro & Santos, 2014). Em seguida, abordarei duas psicoterapias que estão na origem da constituição de alguns grupos dirigidos pela equipa de pedopsiquiatria do HVFX que pude observar.

#### **Ludoterapia (*play therapy*)**

Winnicott (1975) sempre defendeu o brincar como forma muito arcaica de uma descoberta de si mesmo, algo muito próximo da personalidade da criança. Também é assumido como a forma mais primária de comunicar, de expressar sentimentos, explorar e dar significado a experiências significativas – ajudando a criança a compreender melhor o seu mundo interno, a organizar as suas vivências e a desenvolver o autoconhecimento, autoestima e capacidades de socialização (Santos, 2018). O jogo é assumido como a atividade própria da criança, com etapas de evolução próprias, estando a par com o seu desenvolvimento afetivo (Araújo, Afonso & Beirão, 2014; Wallon, 2017). A criança tende a reproduzir no jogo a sua realidade interna (Wallon, 2017), sendo o jogo livre o equivalente à associação livre funcionando como um registo pré-consciente, como uma primeira expressão simbólica (Cabral, 2014; Malpique & Pinto de Freitas, 2014).

Parece consensual na literatura o uso do jogo livre e das várias formas de brincar no contexto terapêutico (Araújo, Afonso & Beirão, 2014; Berger, 2001; Cabral, 2014; Malpique & Pinto de Freitas, 2014; Marcelli, 2005; Monteiro & Santos, 2014). E, dessa forma, surge a *play therapy*, designada por *ludoterapia* em português, que usa o brincar/jogo como mediador de comunicação entre a criança e o terapeuta, reconhecendo que esta é a forma natural da criança se expressar e dar-se a conhecer (Cattanach, 2003; Santos, 2018; Van Fleet, Sywulak & Sniscak, 2010). Conceptualmente, a ludoterapia pode assumir um carácter diretivo, onde o terapeuta assume a responsabilidade de guiar e interpretar o conteúdo expressado pela criança no brincar, ou um carácter não-diretivo, onde a direção da sessão é deixada à responsabilidade da criança (Cattanach, 2003; Santos, 2018; Van Fleet, Sywulak & Sniscak, 2010).

Por fim, apresenta-se os princípios básicos que guiam o processo ludoterapêutico, num carácter mais não-diretivo, desenvolvidos por Virginia Axline numa adaptação do modelo de Carl Rogers, e repensados e explorados recentemente por Raíssa Santos:

- A construção de uma relação amigável e uma aliança terapêutica com a criança, colocando-a como figura central em todo o processo (Axline,1972; Santos, 2018);
- Aceitar a criança como ela é ao longo do processo, sem criticar ou julgar, o que não implica aprovação em relação às suas ações negativas (Axline,1972; Santos, 2018);
- Estabelecer uma relação de livre expressão, apresentando o espaço terapêutico como um espaço de liberdade que promoverá a confiança entre criança e adulto (Axline,1972; Santos, 2018);
- Reconhecer e refletir sobre os sentimentos da criança, evitando múltiplas interpretações da parte do terapeuta e guiar mais a criança nesse processo (Axline,1972; Santos, 2018);
- Respeitar a capacidade, a oportunidade e o tempo da criança para resolver por ela mesmo os seus problemas, ajudando-a a perceber melhor as escolhas que pode tomar em relação à mudança (Axline,1972; Santos, 2018);
- Não dirigir as ações ou conversas da criança, procurando ser mais espelho que reflete as suas atitudes e desejos (Axline,1972; Santos, 2018);
- Respeitar o ritmo gradual do processo terapêutico, esperando que seja a criança a tomar a iniciativa de expressar as suas angústias e medos (Axline,1972; Santos, 2018);
- Estabelecer os limites necessários para manter a integridade física da criança e do terapeuta e a integridade dos materiais e do espaço (Axline,1972; Santos, 2018).

### **Psicodrama**

O psicodrama é uma psicoterapia onde a dramatização ocupa o papel mediador no processo terapêutico (Monteiro & Santos, 2014), com bases teóricas no teatro, desenvolveram-se conceitos, contextos e técnicas terapêuticas específicas (José-Gonzalez, 2018; Wilkins,1999). Podemos definir esta psicoterapia da seguinte forma: “O psicodrama é uma forma de terapia individual feita em grupo, baseada num conjunto de técnicas em que através do jogo teatral improvisado se visa expressar e significar as disposições mentais latentes, repelidas na vida psíquica” (Vicente, 2018, pp. 302).

As bases teóricas-práticas do psicodrama resumem-se num esquema 3x5x3: os três contextos, os cinco elementos fundamentais e as três fases da sessão (José-Gonzalez, 2018). De acordo com José-Gonzalez (2018), Vicente (2018) e Wilkins (1999), deve-se ter em conta nas sessões os 3 contextos: o contexto social (especificidades relacionais e mentais de cada participante), o contexto grupal (comunicação e dinâmicas próprias do grupo) e o contexto dramático (onde tem lugar a dramatização com

especificidade terapêutica) - o objetivo da terapia é que as mudanças na terapia se façam sentir no contexto social.

O modelo psicodrama é constituído por cinco elementos/instrumentos: *o palco* – corresponde ao espaço onde se dá a dramatização, normalmente um espaço central de destaque identificado simbolicamente por duas cadeiras onde podemos encontrar, por vezes, objetos intermediários (e.g. brinquedos, marionetas, fantoches, bolas, roupas) (José-Gonzalez, 2018; Karp, 2005; Wilkins, 1999); *o protagonista* – elemento do grupo que é escolhido pelo diretor para ser o centro do trabalho dramático numa determinada sessão, sendo este ator principal e dramaturgo, “agente da sua própria cura” (José-Gonzalez, 2018; Karp, 2005; Wilkins, 1999); *o diretor* – o terapeuta principal, com formação e supervisão específica, que assume a responsabilidade de gerir os locais, horários, equipa terapêutica e seleciona as técnicas psicodramáticas em cada sessão, bem como nomeia o respetivo protagonista para representar (José-Gonzalez, 2018; Karp, 2005; Wilkins, 1999); *o ego auxiliar* (ou simplesmente auxiliares) – habitualmente são coterapeutas, ou são participantes, que são chamados a representar um papel necessário e importante trazido pelo diretor ou pelo protagonista, de acordo com a técnica utilizada no momento (José-Gonzalez, 2018; Karp, 2005; Wilkins, 1999); *a plateia* – designa o conjunto de pessoas do grupo que na dramatização ficam apenas a observar e que são chamados a partilhar o que notaram na fase de comentários (José-Gonzalez, 2018; Karp, 2005; Wilkins, 1999).

Por fim, os três momentos da sessão são: *a fase de aquecimento* – que se divide no aquecimento inespecífico/geral (onde se inicia uma conversa com o protagonista da sessão anterior sobre o impacto na dramatização) e o aquecimento específico (onde o diretor apura um protagonista para a sessão), esta primeira fase serve para criar um ambiente de criatividade e confiança (José-Gonzalez, 2018; Karp, 2005; Monteiro & Santos, 2014; Ribeiro, 2016; Wilkins, 1999); *a fase dramatização* – aplicação da técnica psicodramática e a sua dramatização pelo protagonista, podendo ter como finalidade o teste de uma hipótese terapêutica, facilitar o acesso a memórias sobre alguma experiência significativa, criar situações reparadoras (José-Gonzalez, 2018; Karp, 2005; Monteiro & Santos, 2014; Wilkins, 1999). A hipótese terapêutica é o conteúdo relacionado com o protagonista emergente, que é formulado pelo diretor, e que funciona como organizador psicodramático, passando do contexto social para o dramático e fazendo depois o caminho inverso, funciona como um “veículo da contratransferência” no psicodrama (Amaral Dias, 1993; Vicente, 2018); *a fase de encerramento* com comentários/partilha – é a fase onde o protagonista procura integrar e compreender a vivência da dramatização e onde o grupo é

chamado a partilhar a sua perspetiva, finalizando-se com o comentário do diretor (José-Gonzalez, 2018; Karp, 2005; Monteiro & Santos, 2014; Wilkins, 1999).

Posto isto, é importante clarificar a pertinência do psicodrama no uso psicoterapêutico em pedopsiquiatria. Marcelli (2005) defende que o psicodrama, pelo seu *setting* específico e pelo seu aspeto ativo, é recomendando principalmente aos pré-adolescentes (10-13 anos). Vicente (2018) reafirma esta posição, indicando o psicodrama a partir do fim da fase de latência, uma vez que a capacidade simbólica está mais organizada. Autores como Monteiro & Santos (2014) e Ribeiro (2016) referem que as técnicas mais indicadas para a população infantojuvenil são: a *entrevista* – onde se colocam questões ao personagem (Ribeiro, 2016); a *inversão de papéis* – onde o papel do protagonista é trocado com o do ego auxiliar para se poder olhar de uma outra perspetiva (Monteiro & Santos, 2014; Ribeiro, 2016); os *contos infantis* – uso de histórias infantis com carácter simbólico e que interage com os conflitos internos da criança (Ribeiro, 2016; Soeiro, 1995); *role-playing* – treino de papéis em que a criança/jovem tem dificuldade em assumir no seu quotidiano (Monteiro & Santos, 2014; Ribeiro, 2016); os *jogos psicodramáticos* – procura explorar as resistências, as tensões, a união e a participação grupal (Ribeiro, 2016). Soeiro (1995) reforça a importância do uso do jogo em grupo, recomendando maior diretividade do diretor e alerta para a confusão que as crianças podem fazer entre o contexto grupal e o contexto dramático. Já José-Gonzalez (2018) acrescenta que no psicodrama infantil se utilizam, habitualmente, objetos intermediários. Para além disso, outras técnicas se complementam ao psicodrama como a psicodança (Ribeiro & Correia, 2016; Vicente, 2018) e como a psicomúsica (Ribeiro & Correia, 2016).

Por fim, parece evidente que o psicodrama tem uma componente muito forte de exploração e expressão corporal (José-Gonzalez, 2018). “O lugar do corpo que (às vezes) não sabe de si, re-ganha-se no psicodrama” (Amaral Dias, 1993, p.58), ajudando a pessoa a aceitar ser “protagonista do seu próprio desenvolvimento” (José-Gonzalez, 2018).

## **I.6 A terapia psicomotora em contexto pedopsiquiátrico**

A origem do estudo da psicomotricidade está ligada ao reconhecimento da relação entre o corpo e o psiquismo, no início do século XX (Joly, 2007), e da associação entre a psicopatologia e os problemas psicomotores (Ajuriaguerra, 1996). Surge mais tarde, em países europeus, como formação profissional específica com fortes influências da psicopedagogia e das psicoterapias psicodinâmicas praticadas no âmbito da psiquiatria (Hermant, 2003), desenvolvendo-se, sobretudo, como uma terapia expressiva de orientação corporal (Akasha & Frimodt, 2003; Probst, Knapen, Poot & Vancampfort, 2010).



Atualmente, segundo o RRHPIA (2018), existem 6 psicomotricistas nos serviços hospitalares de pedopsiquiatria do país, sendo que metade estão em hospitais da Região de Lisboa e Vale do Tejo (não constam dados no relatório relativamente às regiões autónomas). Em relação ao investimento na investigação dos efeitos da terapia psicomotora em contexto de saúde mental, a recente revisão sistemática de Heleno et al. (2017) indica que a percentagem de estudos sobre a prática psicomotora em contexto de saúde mental é muito escassa.

### **I.6.1 Caracterização epistemológica da psicomotricidade**

Durante o século XX emerge o conceito de corporeidade, que se entende como a experiência vivida do corpo como realidade fenomenológica, derrotando a compreensão dicotómica corpo/mente, cérebro/mente ou corpo/pensamento - o pensamento cartesiano que concebia o homem numa dualidade de substância (Damásio, 1995; Golse, 2002; Von Doelinger, 2017). De acordo com Golse (2002) e Von Doelinger (2017), as obras de Merleau-Ponty, a teoria psicanalítica de Freud, a noção do Eu-pele de Anzieu, os conceitos de imagem e esquema corporal de Schilder, e a noção de psicossoma de Winnicott foram primordiais para conceber o corpo como objeto-sujeito, como lugar da existência de um Eu (*persona*), de uma identidade.

A conceptualização da psicomotricidade assenta nesse conceito de corporeidade, onde o corpo adquire uma dimensão simbólica - como primeiro lugar de comunicação e de relação com o mundo (Martins, 2015), como palco das emoções e expressão da vida interior (Fonseca, 2010), como lugar onde se constrói a identidade (Vecchiato, 2003). Golse (2002) conclui que o pensamento se organiza primeiro nas sensações, depois destas se tornarem perceções, remetendo a origem do pensamento/psiquismo para um nível corporal. Merleau-Ponty (1999) defende que o corpo é uma unidade e não um conjunto de partes que se ligam, sendo os contornos corporais o que separa o Eu do Não-Eu. A consciência de mim próprio, de que há um sentimento de posse, de reconhecimento da minha individualidade e da minha existência no corpo que sou, parece constituir a base da teoria da corporeidade (Damásio, 1995; Merleau-Ponty, 1999).

A partir do conceito de corporeidade, a psicomotricidade conquistou o seu espaço como área de estudo e muitos autores foram fundamentais para a sua conceptualização terapêutica, nomeadamente em contexto pedopsiquiátrico, tal como Henry Wallon, Jean Piaget, Donald Winnicott, Ajuriaguerra e Soubiran (Constant, 2007; Costa, 2008; Fonseca, 2012a). Wallon concedeu à função motora e à tonicidade um sentido emocional, como expressão afetiva da criança – abordando o conceito “diálogo tónico”, colocando o mundo

corporal e emocional como antecedente do mundo das representações (Constant, 2007; Costa, 2008; Fonseca, 2012a; Wallon, 2017). Os estudos de Jean Piaget mostraram que a inteligência/representação é resultado de uma lógica de experiências motoras integradas e interiorizadas, cujo processo de adaptação é o movimento (Fonseca, 2012a). Donald Winnicott concebeu o funcionamento psíquico como uma organização proveniente da elaboração imaginativa do funcionamento corporal, tendo como origem a relação primária, os cuidados corporais maternos, o objeto e o brincar, bases para a construção da realidade interna e externa da criança (Constant, 2007; Fonseca, 2012a). Por fim, Ajuriaguerra e Soubiran defendiam que o corpo “conta a história do sujeito” porque é investido como objeto da relação, tendo contribuído com os primeiros estudos e classificações das perturbações psicomotoras e com os primeiros exames psicomotores, dando início a uma prática clínica mais especializada (Constant, 2007; Fonseca, 2012a).

No panorama nacional, os nomes mais influentes no contexto pedopsiquiátrico são João dos Santos e Pedro Soares Onofre (Costa, 2008). João dos Santos, principal impulsionador da pedopsiquiatria em Portugal, concebe a psicomotricidade como expressão da vida psíquica através da motricidade, defendendo que qualquer aprendizagem devia passar primeiro por uma experiência corporal (Branco, 2000; Costa, 2008). Já Pedro Soares Onofre foi um dos principais divulgadores da psicomotricidade no país e de uma metodologia com base na criatividade, descoberta, iniciativa, autonomia, privilegiando sempre a relação com a criança (Costa, 2008).

### **I.6.2 O conceito e a prática atual na equipa multidisciplinar**

Assume-se que a psicomotricidade é o produto evolucionista das relações entre o Homem e o Mundo, ou seja, como conceito que traduz a motricidade humana e a união entre a atividade motora e psíquica, a única criadora e praxica, bem como a forte ligação do Homem ao seu contexto de desenvolvimento (Fonseca, 2012a, 2012b). A terapia psicomotora adota assim uma visão sistémica, holística e biopsicossocial sobre a pessoa, considerando-a na sua totalidade somatopsíquica, uma vez que a motricidade está sempre ligada a uma experiência relacional, dependentes de um contexto e de um processo histórico e cultural (Fonseca, 2012a, 2012b).

Deste modo, desenvolveram-se definições consensuais sobre a psicomotricidade, no âmbito nacional e internacional, que pretendem traduzir este conceito empiricamente:

Estuda e investiga as relações e as influências recíprocas e sistémicas entre o psiquismo e a motricidade, encarando de forma integrada as funções cognitivas, socio emocionais, simbólicas, psicolinguísticas e motoras, promovendo a

capacidade de ser e atuar num contexto psicossocial. (Associação Portuguesa de Psicomotricidade [APP], 2011, p.1).

Baseia-se numa visão holística do ser humano, da unidade do corpo e da psique, integrando as interações cognitivas, emocionais, simbólicas e corporais na capacidade de ser e de agir do indivíduo, num contexto biopsicossocial. (European Forum of Psychomotricity, 2012, p.1).

De acordo com a APP (2011), o psicomotricista está habilitado para intervir no contexto público, privado e institucional no âmbito (re)educativo, terapêutico e preventivo, em meio pré-escolar (intervenção precoce), em perturbações do desenvolvimento e aprendizagem, em contexto pedopsiquiátrico e em psiquiatria de adultos, bem como no processo de envelhecimento, i.e., gerontopsicomotricidade. No âmbito pedopsiquiátrico, os objetivos da terapia psicomotora são a autorregulação comportamental e emocional, gestão dos processos de atenção, a promoção da autoestima, relação, expressão, comunicação e mentalização (APP, 2011; Costa, 2008).

De um modo geral, a terapia psicomotora assume uma perspetiva pedagógico-terapêutica, convergindo conhecimentos da área (re)educativa/pedagogia e da área terapêutica, propondo experiências (psico)motoras que tenham efeito na afetividade, comunicação, socialização e representação, que são condições básicas para a aprendizagem e para a mentalização (Aucouturier, 2010; Branco, 2000; Fonseca, 2012; Vecchiato, 2003).

Deste modo, é fundamental compreender a posição da terapia psicomotora como valência terapêutica integrada no modelo bioecológico e sistémico do desenvolvimento humano (Fonseca, 2012a), onde o psicomotricista privilegia em psiquiatria uma participação e uma dinâmica de trabalho em equipa multidisciplinar, com articulação de informação e de serviços, sendo um profissional que contribui para a discussão e reflexão clínica com uma avaliação que incide sobre o perfil psicomotor da criança e da sua significação socioemocional (Holter, 2004). Para além disso, dado o contexto específico de saúde mental infantojuvenil, é importante que o trabalho do psicomotricista seja acompanhado por uma supervisão clínica, orientada por algum profissional da área com mais experiência (Holter, 2006).

### **1.6.3 Caracterização da metodologia de avaliação e observação**

A avaliação clínica em psicomotricidade está muito dependente da observação da criança em contexto livre e, assim, o exame/avaliação psicomotor(a) deve procurar avaliar para

além das competências psicomotoras em si, conhecendo também o perfil da criança e a sua interação com os cuidadores, o nível de maturidade dos comportamentos relacionais, a expressão emocional e motora, a sua relação com os objetos, o conteúdo e a forma como organiza o seu discurso, o modo como se organiza e se orienta no espaço e no tempo, os seus interesses pessoais e as suas vivências corporais (Costa, 2008; Emck, 2004; Figueira & Freitas, 2017; Pitteri, 2004; Raynaud, Danner & Inigo, 2007; Saint-Cast, 2010).

Para Costa (2008) é importante primeiro uma boa organização da história clínica, compreendendo a origem do pedido e das queixas, e o respetivo significado, enquadrando-a no seu contexto sociofamiliar. Fonseca (2012a) acrescenta que é importante compreender características das relações familiares, averiguar possíveis perturbações no desenvolvimento psicomotor, aspetos somáticos, adaptação escolar e o comportamento geral durante a avaliação. Portanto, torna-se indispensável aplicar um exame psicomotor (Probst & van de Vilet, 2003; Fonseca, 2010), que tem como objetivo uma análise clínica da significação psiconeurológica dos fatores psicomotores (Fonseca, 2010).

### **Os instrumentos formais de avaliação**

Analisando a literatura mais recente, em saúde mental infantojuvenil, nota-se que os instrumentos mais utilizados pelos psicomotricistas têm sido a Bateria Psicomotora (BPM), Draw a Person (DAP), a Grelha de Observação Comportamental (GOC) e a BASC (Behavior Assessment System for Children) (Figueira & Freitas, 2017; Martins, Duarte & Martins, 2019; Santos, Grilo, Costa & Martins, 2019). Nenhum destes instrumentos está validado e estandardizado, tal como recomendam (Emck, 2004; Pitteri, 2004; Saint-Cast, 2010), permitindo a comparação de resultados e a homogeneidade protocolar para efeitos de estudo, contudo são avaliações de referência a critério. Destes referidos, apenas a BPM é um instrumento de avaliação das componentes psicomotoras.

A GOC é um instrumento, de método qualitativo e quantitativo (itens preenchidos numa escala de 1 a 4, de acordo com a frequência do comportamento), desenvolvido para organizar a observação comportamental em sessão de terapia psicomotora no contexto psiquiátrico, constituída por 3 partes: 1) comportamento e desempenho; 2) comportamento e relação; 3) componentes psicomotoras (Martins, n.d.).

A BASC é um instrumento de avaliação comportamental para crianças/jovens entre os 2 e 18 anos, baseado numa abordagem multidimensional do comportamento e das perceções do mesmo, combinando escalas diferentes de autorrelato para a criança avaliada, para os seus pais e para os professores, adaptadas para o seu público-alvo e de acordo com a faixa etária da criança (Reynolds & Kamphaus, 2010). Pretende incidir sobre aspetos comportamentais positivos (adaptativos) e negativos (clínicos), fornecendo

informação clínica com propriedades psicométricas, standardização e validade estatística, que pode servir de apoio ao diagnóstico ou para apoio a programas de intervenção (Reynolds & Kamphaus, 2010).

Por fim, após a descrição do perfil clínico e das conclusões da avaliação, estabelece-se o plano de terapia psicomotora, que deve constituir-se como um apoio flexível monitorizando com frequência (Fonseca, 2012a). De acordo com o modelo apresentado por Fonseca (2010), segue-se a ordem correta das etapas: 1) *diagnóstico (ou avaliação)*; 2) *perfil intraindividual*; 3) *formulação de objetivos*; 4) *plano terapêutico individualizado*; 5) *implementação do programa*; 6) *avaliação do programa*.

### **O encaminhamento para a terapia psicomotora**

De acordo com a APP (2011), a terapia psicomotora é indicada a todas as faixas etárias nas mais diversas condições terapêuticas e/ou preventivas. Vecchiato (2003) reforça a ideia de que as características particulares da terapia estão indicadas para a infância, contudo, existem na literatura intervenções nas mais diversas condições, como por exemplo: perturbações do comportamento e/ou défice de atenção (Berger, 2001; Carvalho, 2005; Constant, 2007; Costa, 2008; Emck, 2004; Rodrigues, Gamito e Nascimento, 2001); dificuldades emocionais e de socialização (Almeida, 2005; Emck, 2004; Carvalho, 2005; Costa, 2008; Fonseca, 2012a); perfis ansiosos (Costa, 2008; Novais, 2004); inibição ou bloqueio da expressão motora (Ballouard, 2011; Costa, 2008; Fonseca, 2012a); aspetos somáticos (Maximiano, 2004).

Berger (2001) defende que, em pedopsiquiatria, perante um grande nível de agitação da criança a psicoterapia individual “clássica” pode ficar dificultada, sendo a terapia psicomotora uma boa primeira abordagem terapêutica. Joly (2007) também afirma que a terapia psicomotora é opção em casos onde exista muitas contraindicações às psicoterapias. Por fim, Aucouturier (2010), Fonseca (2012a) e Vecchiato (2003) reforçam também o lado profilático da psicomotricidade enquanto intervenção, com finalidades psicoeducativas que têm o objetivo de desenvolver em relação o prazer de comunicar, de criar e de pensar, tal como categoriza Aucouturier (2010).

### **Crítérios para a tipologia de intervenção – individual ou em grupo**

Para Vecchiato (2003) a terapia psicomotora assenta em duas modalidades: a terapia individual ou em grupo. Rodrigues, Gamito & Nascimento (2001) salientam que uma terapia individual tem características e dinâmicas diferentes do que uma terapia grupal. Geralmente, os casos mais graves do ponto visto de simbolização, comunicação e socialização necessitam de uma relação exclusiva a dois e, portanto, de uma terapia individual, já os casos que apresentam modalidades de comunicação, simbolização e

socialização minimamente desenvolvidas, a ação terapêutica mais adequada será inseri-la num grupo, que é indispensável para a sua maturação (Vecchiato, 2003).

A seguinte tabela resume alguns dos critérios mais importantes para discernir sobre o tipo de registo de terapia para cada caso, de acordo com um conjunto de fatores encontrados na literatura:

Tabela 2 - Critérios de decisão para terapia individual ou em grupo, de acordo com Onofre (2003) e Rodrigues, Gamito & Nascimento (2001)

Terapia individual	Terapia em grupo
Comprometimento da capacidade de comunicar e de se relacionar	Capacidade de estabelecer uma comunicação e relação recíproca
Mantém o foco nas suas próprias sensações	Capacidade de descentração
Elevados níveis de agressividade e/ou agitação	Tem algumas estratégias de autorregulação/contenção
Baixa capacidade de simbolização e mentalização	Alguna capacidade de simbolização e mentalização

Numa lógica natural de rumo à autonomia e socialização, a terapia individual é procedida por uma terapia grupal (Vecchiato, 2003), uma vez que esta é importante para colocar a criança em jogo com o outro que é diferente, sentindo-se menos exposta e mais contida pela ação de grupo (Berger, 2001). Contudo, segundo Vecchiato (2003), a integração de uma criança num grupo terapêutico antes que sejam reunidas condições para tal, pode ter um efeito contrário, agravando os comportamentos patológicos, pelo que aconselha o regresso ao registo individual quando se verifique um agravamento do quadro clínico. No segmento 1.5.2, o tópico dos fundamentos das terapias de grupo refere as características gerais e as principais vantagens de uma terapia de grupo.

### Objetivos terapêuticos

Como já foi mencionado, uma das etapas que antecede a intervenção psicomotora é a formulação de objetivos terapêuticos (Fonseca, 2012a). Para além da melhoria dos fatores psicomotores e da eficácia prática, indicados por Fonseca (2012a), Costa (2008) propõe um conjunto de objetivos importantes para se desenvolver numa intervenção psicomotora: reforço da autoestima através das atividades expressivas e criativas; diminuir nível de ansiedade e agressividade; aumentar a consciência sobre o esquema e imagem corporal; aumentar a tolerância à frustração; aumentar o tempo na tarefa de forma organizada; promover a mentalização; desenvolver competências e capacidade para resolver problemas. Segundo Berger (2001), podemos esperar que a terapia psicomotora

modifique a organização psíquica patológica através de experiências motoras numa relação terapêutica que privilegie este modo de expressão, dando sentido à ação motora.

#### **I.6.4 A terapia psicomotora em pedopsiquiatria e os seus aspetos metodológicos**

Para introduzir a intervenção psicomotora, Aucouturier (2010) relembra uma frase de Freinet: “o ponto de partida é o mundo da criança”. Este ponto de partida poderemos dizer que é a comunicação através da expressão corporal, onde se privilegia a iniciativa, a espontaneidade do gesto, a criatividade como forma de mediar a relação e a confiança no processo terapêutico, num ambiente afetivo-emocional seguro, contentor e livre que promoverá a socialização da criança (Almeida, 2005; Costa, 2008; Vecchiato, 2003). De uma forma geral, segundo Joly (2007), a terapia psicomotora pretende (re)aproximar a criança dos objetos e do mundo. Boscaini & Saint- Cast (2010) reforçam esta ideia de que é um espaço-tempo onde se exploram experiências novas e variadas.

##### **O modelo e as fases da sessão**

Geralmente, o modelo de sessão no âmbito da terapia psicomotora descrito na literatura por Costa (2008), Rodrigues, Gamito & Nascimento (2001), Rodrigues, Martins & Rodrigues (2003), Rodriguez & Llinares (2008) é constituído por três fases: 1) *o período inicial* - composto pelos rituais de entrada, diálogo inicial e escolha da(s) atividade(s); 2) *Vivência da(s) atividade(s) / jogo(s)* – onde se clarifica os objetivos da(s) atividade(s), as regras, as condições, os recursos e se experiente em si a(s) mesma(s); 3) *Retorno à calma* – que pode ser uma atividade que conclua a sessão (geralmente, uma que apele ao repouso), precedido pelo diálogo/reflexão final e rituais de saída, ou, em caso de terapia de grupo, um movimento de reunião do grupo e de reflexão final conjunta.

##### **O setting de sessão: o espaço e os materiais utilizados**

Segundo Costa (2008), a terapia psicomotora deve assegurar um espaço adequado ao brincar/jogo, livre de obstáculos, com boa luminosidade, acústica e arejada, onde o psicomotricista possa observar, escutar e compreender a criança. Vecchiato (2003) acrescenta que deve permitir movimentos de várias crianças, assegurando haver espaço para alguma se individualizar caso necessite. A sessão deve ocorrer num espaço estimulante e seguro, que favoreça a expressão corporal, e que tenha à disposição vários objetos facilitadores bem organizados (Almeida, 2005; Costa, 2008; Vecchiato, 2003).

Os objetos têm várias propriedades, influenciam-nos pela sua forma, peso, tamanho, cor, textura, mas também pelo seu significado e pelas recordações que temos deles, tendo a capacidade de se transformar nesse significado que lhe damos (Costa,

2008). De acordo com Almeida (2005), Aucouturier (2010), Costa (2008) e Vecchiato (2003), os objetos mais utilizados são: as bolas, os arcos, os tecidos, as cordas, as caixas, os colchões, as cadeiras, o quadro, o espelho, as tintas e os pincéis. É importante a existência de bonecos e outros materiais que apelem ao imaginário e possa permitir dramatizações (Costa, 2008; Vecchiato, 2003). Todos estes objetos têm uma infinidade de movimentos e atividades possíveis, bem como significado próprio, para além de servirem como objetos transitivos e mediadores na relação terapeuta-criança (Vecchiato, 2003).

### **Principais metodologias de intervenção: a atividade lúdica e a relaxação terapêutica**

Vecchiato (2003) indica-nos que os instrumentos terapêuticos do psicomotricista são os jogos psicomotores e a relação corporal. Deste modo, o psicomotricista coloca em sessão várias propostas de vivências corporais capazes de potenciar o investimento de cada indivíduo no seu “eu corporal” e, conseqüentemente, o desenvolvimento da sua capacidade de adaptação face às condições do seu envolvimento e dos seus problemas psicomotores (Maximiano, 2004). Por outras palavras, o psicomotricista favorece a experiência psicomotora, propondo materiais e situações de jogo, utilizando a atividade lúdica como mediador da relação (Almeida, 2005; Carvalho, 2005).

Segundo Potel-Baranes (2019), a terapia psicomotora em psiquiatria assume uma visão psicodinâmica sobre os problemas psicomotores, considerando o “sintoma psicomotor” como expressão/metáfora de um sofrimento. Ballouard (2011) e Holter (2004) reforça que, em psiquiatria, o modelo de análise das manifestações corporais é simbólico e segue um eixo psicodinâmico. Neste contexto, é também importante que o psicomotricista tenha um psicoterapeuta com formação psicanalítica para o ajudar a compreender melhor o conteúdo das sessões (Berger, 2001).

Por fim, segundo Holter (2004), a terapia psicomotora supõe um paradigma de tratamento numa vertente multifacetada que procura promover o desenvolvimento pessoal, o empoderamento e a experiência de *recovery*. Deste modo, tem evoluído no sentido de valorizar mais o psiquismo e a componente relacional inerente à vivência corporal (Almeida, 2005). Procuramos então que o corpo se expresse de uma forma livre e espontânea, permitindo à criança perceber-se como identidade distinta do outro, onde o gesto assume uma finalidade de relação com o outro (Carreira & Correia, 2011).

De acordo com Winnicott (1975), o jogo é por si só uma terapia com aplicação imediata e universal, colocando em evidência a sua importância como metodologia terapêutica. Para Kishimoto (1998) existem teorias socioantropológicas, psicológicas e filosóficas sobre o brincar/jogo que convergem na cultura lúdica presente na infância, que



transmite valores e regras sociais à criança, permitindo-a interpretar o mundo à sua volta, e que permite a comunicação de conteúdo interno.

Em contexto pedopsiquiátrico, a terapia psicomotora constrói a sua metodologia de intervenção a partir do jogo psicomotor, que permite à criança/jovem, expressar as suas dificuldades, explorar os limites das suas ações, reencontrar o prazer do movimento e o prazer de estar em relação com o outro (Almeida, 2005; Berger, 2001; Probst, 2017; Vecchiato, 2003). Constituem situações-problema, que exigem uma capacidade de adaptação, cooperação, criatividade e resolução (Probst, 2017). Segundo Bunker (1991), o jogo e as experiências motoras positivas são promotoras também de níveis altos de autoconfiança e autoestima na infância.

Deste modo, os jogos psicmotores podem ser conceptualmente divididos em:

a) *Jogo sensoriomotor* - centrado nas sensações cinestésicas e propriocetivas (e.g. rolar, cair, tocar-se, saltar, balançar-se) e/ou na exploração direcionada para o exterior (e.g. subir; deslocar-se; manipular/moldar objetos), onde há um grande foco no prazer do movimento e onde a criança aprende sobre si mesma e sobre o mundo exterior (Aucouturier, 2010; Vecchiato, 2003).

b) *Jogo simbólico* – atribuição de valor real a um objeto não-presente, também chamado de faz-de-conta, como um processo de criação, representando situações da sua vida psíquica, controlando a realidade a partir de “uma simulação”, onde projeta situações afetivas nas quais busca uma recuperação e uma integração dos aspetos em carência, bem como também antecipa acontecimentos futuros (Aucouturier, 2010; Vecchiato, 2003).

c) *Jogo de socialização (ou de regras)* – envolve utilizar o jogo como mediador na interação com outros e coloca em experiência as modalidades comunicativas que desenvolveu na relação dual, reproduzindo-as no grupo, promovendo uma reorganização psíquica, as competências sociais e a construção da identidade (Vecchiato, 2003).

Costa (2008) aborda ainda uma tipologia mais específica – o jogo dramático em terapia psicomotora, que consiste na dramatização de uma história, ou conto, como promotor da imagética, do interesse e da interação com o outro, e como facilitador da expressão emocional e da comunicação verbal e não-verbal. Aucouturier (2010) e Berger (2001) também reforça esta importância no uso das dramatizações na terapia psicomotora.

Na terapia psicomotora, é importante a espontaneidade do gesto, promover a livre expressão no jogo para que haja uma aproximação à realidade natural da própria criança, dando-lhe espaço para nos comunicar as suas angústias, revelar o seu mundo interior, numa relação não-diretiva e de escuta (Aucouturier, 2010; Costa, 2008, Vecchiato, 2003). Os autores Aucouturier (2010) e Vecchiato (2003) relatam que o jogo livre faz emergir

movimentos próprios da fase de desenvolvimento, como por exemplo o prazer de construir/destruir, como forma de a criança afirmar a sua existência e interagir com o adulto, solicitando o seu papel de facilitador que ajuda a re(construir).

É através do jogo que a criança encena os seus movimentos pulsionais e afetivos para os poder elaborar (Berger, 2001). Há uma fase onde o jogo em terapia pode ser repetitivo, devido à dificuldade em eleger um objeto primário de referência, e depois há uma fase de progressão onde atividade de representar e interpretar é maior (Berger, 2001; Vecchiato, 2003). No início, acontece que o jogo começa sem introdução, sem estrutura e sem organização, a criança entretém-se, de uma forma pulsional, a gerar algo dinâmico, ou jogos de destruição, deitar abaixo (Aucouturier, 2010; Berger, 2001). Muitas vezes, em sessão, a criança representa/constrói objetos ou recria/dramatiza situações que evocam vivências regressivas, conflitos primários, e solicitam contenção afetiva e uma atitude “maternal” do terapeuta para favorecer o encontro com a remodelagem dos conflitos e para o conduzir em dinâmicas progressivas (Vecchiato, 2003).

Em relação à relaxação terapêutica, cujo métodos foram sendo desenvolvidos ao longo da história da psiquiatria (Costa, 2008), caracteriza-se por um vasto leque de métodos, uns mais passivos e outros mais dinâmicos, que procuram alcançar um estado de repouso, identificando tensões musculares e conferindo-lhes um significado psicológico (Costa, 2008; Martins, 2001). O seu objetivo é promover uma consciência tónico-emocional, uma reorganização emocional, um maior autoconhecimento do mundo emocional e uma elaboração do esquema e imagem corporal (Costa, 2008; Martins, 2001). Segundo Maximiano (2004), as vivências corporais proporcionadas envolvem o toque, o olhar do outro e o objeto, que tem uma função transitiva, para regular tensões ansiosas e ir transformando um corpo que se vê meramente no espetro funcional para um corpo de relação e simbólico. No final das sessões, há um tempo para refletir sobre estas vivências e tomar consciência sobre o conteúdo sensorial e emocional da experiência, conferindo-lhe um significado pessoal (Costa, 2008; Martins, 2001; Maximiano, 2004).

De acordo com o estudo de Santos, Grilo, Costa e Martins (2019) sobre um grupo de relaxação terapêutica em pedopsiquiatria, a conjugação de diferentes métodos permitiu adaptar as sessões a todas as características das crianças. Os mesmos autores acrescentam ainda a ideia de que a relaxação terapêutica para além de intervir sobre os aspetos somáticos, promove também a empatia, autoestima, criatividade e a resiliência.

### **A mediação e as estratégias do psicomotricista**

O psicomotricista assume o papel de facilitador, envolvendo-se muitas vezes também ele na ação do grupo, usando como estratégias terapêuticas a aproximação/

afastamento corporal; a colaboração na organização do espaço de jogo; a imitação como processo de identificação; a introdução da surpresa/novidade na atividade; o convite, ou a provocação para a ação (Carvalho, 2005; Guimarães et al., 2016; Rodriguez & Llinares, 2008; Vecchiato, 2003). Na sessão de psicomotricidade são mediadores de comunicação a voz, o gesto, a mímica e o objeto (Rodriguez & Llinares, 2008), tal como a música, os ritmos, a expressão plástica, a dança, as dramatizações são mediadoras de atividades expressivas (Costa, 2008). Através dos mediadores, música, expressão dramática, relaxação, jogo simbólico, expressão corporal, as crianças aprendem a comunicar melhor com o outro (Rodrigues, Gamito & Nascimento, 2001; Carreira & Correia, 2011).

De acordo com Costa (2008), há princípios que orientam o psicomotricista: valorizar as descobertas motoras, estimular a espontaneidade e criatividade, ajudar a consciencializar as ações executadas, promover o diálogo, ajudar a dar significado e a verbalizar os pensamentos. Em trabalho de grupo, o terapeuta também assume um papel de mediador para conduzi-lo a uma decisão sobre a atividade a desenvolver na sessão, bem como introduz as regras necessárias ao funcionamento do mesmo (Rodrigues, Gamito & Nascimento, 2001). Por fim, considera-se que “o terapeuta é ao mesmo tempo intérprete e parceiro na construção e vivência da narrativa”, permitindo organizar uma progressividade (Berger, 2001), é como um espelho, uma personagem, um mediador de conflitos, que ajuda a construir histórias e a reparar fragilidades que vão emergindo, apresentando novas vivências simbólicas do corpo (Lontro, 2006).

A relação terapêutica na psicomotricidade baseia-se no conceito de não-diretividade de Carl Rogers Fonseca (2012a), a sua atitude deverá ser o menos diretiva possível, privilegiando as iniciativas espontâneas da criança (Almeida, 2005), onde a validação do comportamento é considerada uma das estratégias do psicomotricista (Rodriguez & Llinares, 2008). Costa (2008) acrescenta que estabelecer uma aliança terapêutica é uma prioridade, numa atitude de empatia, receptividade, simpatia, sintonia afetiva, disponibilidade e responsividade, procurando construir uma “sincronização” com a criança e o seu mundo.

De acordo com Berger (2001), é importante que quando a criança controla ou dirige a atividade, muitas vezes associado ao medo de falhar, o psicomotricista a siga e aceite para evitar impasses relacionais, uma vez que modificar ou alargar propostas vindas da criança pode levar à recusa ou à incapacidade para encontrar um compromisso. Ainda sobre esse compromisso, Costa (2008) acrescenta que responsabilizar a criança pelo compromisso que assume pelas suas decisões sobre os materiais e as atividades serve para ajudar a organizar, havendo sempre espaço para tolerar flexibilidade e alterações.

No decorrer das sessões, há outras duas estratégias que o psicomotricista pode utilizar para através da relação terapêutica mediar conflitos agressivos ou momentos de frustração, tal como a contenção física, que pode ajudar a criança, em alguns casos a tomar consciência do seu estado tônico e a encontrar limites no seu movimento agressivo (Rodriguez & Llinares, 2008), e em momentos em que a criança não suporta emocionalmente uma atividade, permite-se a saída da sala, onde é escutada, acolhida e onde se valida o que a criança sente (Carreira & Correia, 2011). O terapeuta não deve somente parar a agitação e a agressividade da criança, deve moldá-la para a transformar num movimento relacional (Carreira & Correia, 2011).

Aucouturier (2010) e Rodrigues, Gamito & Nascimento (2001) indicam-nos também que os rituais de reunir e acolher as crianças no início das sessões, e de despedida no momento final, ajudam a organizar uma certa estabilidade e continuidade. Em relação à regra como limite à ação, esta pode ser co-elaborada e discutida com a criança (ou com o grupo), numa lógica de segurança, conservação do espaço, do bem-estar e do prazer. Por fim, a atitude de aceitação do comportamento da criança deve ter presente a dimensão do prazer, do desejo, o conceito de espaço pessoal, do reconhecimento do próprio corpo do outro, respeito pelos ritmos pessoais (Boscaini, 1997), uma vez que o prazer partilhado é a melhor forma de estabelecer relação (Berger, 2001).

Na estratégia das dinâmicas regressivas/progressivas, sabemos que é no jogo/brincadeira livre e simbólico que a criança reflete os seus medos, bloqueios e angústias, criando personagens e situações simbólicas que representam isso (Rodrigues, Gamito & Nascimento, 2001). O terapeuta entra no jogo e torna-se o suporte para resolver esse bloqueio, medo, angústia, assumindo um papel que ajuda a criança a gerir o conflito, começando a dar respostas diferentes daquilo que a criança sempre vivenciou (Vecchiato, 2003). A partir dessa experiência corporal regressiva e da relação corporal direta de disponibilidade vivida de forma repetida e prolongada, a criança tem oportunidade de elaborar os núcleos patológicos e de desenvolver modalidades de comunicações e de relação mais saudáveis (Vecchiato, 2003). O fim da terapia dar-se-á quando a criança sair de vivências regressivas e começar a fase de separação do terapeuta, rumo à progressão, caracterizada por uma menor disponibilidade corporal por parte do psicomotricista (Vecchiato, 2003). Tal como defende Caldeira da Silva (2014), a saída do processo terapêutico não pode ser vista como (mais) um abandono. Deste modo, o psicomotricista promove o autoconhecimento da criança, num processo de autodescoberta através do seu corpo, a organização/estruturação das relações com os objetos e com as pessoas, desenvolvendo a capacidade de representação progressiva das vivências (Lontro, 2006).

## **II A Implementação e a Realização da Prática Profissional**

Neste capítulo será apresentado o processo de implementação da valência da terapia psicomotora na equipa de pedopsiquiatria do HVFX, no âmbito do estágio, descrevendo as fases de integração, observação e intervenção. Nesta abordagem, explicitarei o meu papel enquanto estagiário na equipa, descrevendo detalhadamente o trabalho desenvolvido nos grupos terapêuticos e nos casos que acompanhei em terapia individual. Por ter sido um estágio curricular autoproposto, experienciado com a devida autonomia profissional e sem orientação local de um psicomotricista, caracterizarei também o modelo de avaliação e intervenção implementado, finalizando com as devidas análises, reflexões e conclusões acerca do referido processo.

### **II.1 A integração na equipa de pedopsiquiatria**

O período de integração na equipa teve início no dia 24 de setembro de 2018, data acordada com os recursos humanos do HVFX, e teve fim no dia 28 de junho de 2019. No primeiro dia, fui recebido por uma das médicas pedopsiquiatras que me apresentou os espaços físicos e os outros colegas. Nesse mesmo dia, reuni com o meu orientador local e juntos delineamos as fases de integração na equipa, passando pela leitura de artigos sobre psicoterapias de grupo, observações de primeiras consultas de pedopsiquiatria, observação de grupos terapêuticos, participação nas reuniões de equipa terapêutica e, por fim, a fase de intervenção e o encaminhamento de casos individuais para acompanhamento terapêutico.

### **II.2 Fase de observação**

Durante a fase de observação, tive a oportunidade de ser observador direto em algumas primeiras consultas de pedopsiquiatria durante o mês de novembro e dezembro. Para além disso, também observei durante os primeiros quatro meses, com uma presença frequente, os seguintes grupos psicoterapêuticos dinamizados pela equipa: o grupo expressivo-corporal para adolescentes, o grupo de contos de fadas (8-10 anos) e o grupo terapêutico de crianças (4-6 anos), sendo este último o único que já não está ativo no serviço atualmente. Contudo, também observei o grupo de psicodrama para adolescentes, com uma frequência semanal, durante todo o período de estágio.

Esta fase de observação foi muito importante, em primeira instância, porque me introduziu nos trabalhos da equipa, permitindo-me compreender aos poucos os modelos

de avaliação e intervenção utilizados, as modalidades de comunicação e de articulação entre técnicos, e, acima de tudo, conhecer as pessoas que integravam a equipa. Tive a oportunidade de observar praticamente todos os meus colegas em consulta e/ou em grupos terapêuticos, o que me permitiu aferir conhecimentos sobre os aspetos metodológicos, as estratégias utilizadas, a atitude terapêutica de cada um dos colegas.

### **II.2.1 O modelo de primeira consulta de pedopsiquiatria**

O modelo de primeira consulta praticado na equipa de pedopsiquiatria, apesar de estar à consideração de cada médico, segue os mesmos parâmetros indicados por Marcelli (2005), Freitas & Malpique (2014) e Monteiro & Confraria (2014), constituindo 3 momentos principais: a entrevista à criança/adolescente juntamente com os cuidadores; entrevista a sós com a criança/adolescente; momento de reunião de todos os intervenientes, com possibilidade de reunião a sós com os pais. Quando estive a observar, estive sempre presente em todos os momentos.

A consulta é conduzida ao modo de entrevista e tem o objetivo de recolher dados anamnésicos acerca da criança/adolescente, explorando a história clínica, pessoal e familiar, procurando compreender os motivos da queixa e averiguar critérios psicopatológicos à luz do sistema de classificação do DSM-V, um dos principais descritos na literatura por Beauchaine & Klein (2017), Carr (2005), Clark et al. (2017), Gleitman, Gross & Reisberg (2011) e Oltmanns & Widiger (2017). Para além disso, para complementar a avaliação diagnóstica, o médico psiquiatra pode pedir exames complementares, tal como indicam Marcelli (2005), Musin & Holoshitz, (2017), sendo as avaliações psicológicas muito frequentes para que depois possam ser discutidas em equipa multidisciplinar com opinião de outro técnico.

Muitas vezes, o médico pedopsiquiatra do HVFX articula a informação com a escola por telefone, ou via e-mail, procurando averiguar o comportamento da criança/adolescente neste contexto e privilegiando o educador/professor como um relator principal das suas queixas, tal como defendem Malpique & Freitas (2014). Deste modo, tenta-se compreender o sintoma em função do contexto sociofamiliar, escolar e também de acordo com a fase de desenvolvimento da criança, tal como defende Marques & Cepêda, (2009).

Por fim, a consulta termina com a marcação de uma segunda consulta para complementar o diagnóstico, ou para manter a vigilância. Nas consultas que pude observar, houve casos onde foi necessário avançar logo com uma terapêutica medicamentosa e esperar a segunda consulta para reavaliar. Em casos não-patológicos, tomou-se, alguma vezes, a decisão de acionar algum apoio mais psicoeducacional na

escola, medidas de apoios de educação especial ou, simplesmente, considerar os sintomas como transitivos ou reacionais, tal como defendem Malpique & Freitas (2014), Marcelli (2005), Marques & Cepêda (2008) e Wilmshurst (2009). Em relação aos casos mais graves, é transmitida a intenção de encaminhar para alguma terapia individual ou para um grupo, sendo que esta intenção apenas fica concretizada após discussão de equipa, de acordo com a informação recolhida em consulta.

### **II.2.2 O modelo de grupo terapêutico**

A concepção de um grupo terapêutico na unidade de psiquiatria do HVFX requer sempre um modelo teórico psicoterapêutico subjacente e dois terapeutas que conduzem o processo de encaminhamento e de intervenção, tal como defende Vidigal (2005), cuja formação se adequa ao modelo praticado, e a definição de objetivos terapêuticos.

O processo de encaminhamento começa pela indicação do médico, tendo sido discutido primeiro em equipa terapêutica antes de se tomar a decisão de contactar a família da criança/adolescente. Após esta aprovação, os dois terapeutas que estão responsáveis pelo grupo marcam uma entrevista com o candidato, explicando-lhe o funcionamento do grupo e averiguando o interesse da criança/adolescente de integrar o mesmo. Se houver acordo, o participante começa a comparecer ao grupo, sendo introduzido numa primeira sessão para ser apresentado aos restantes. Este protocolo pretende, a meu ver, promover uma identificação com os pares, um ponto fulcral numa terapia grupal, de acordo com Cabral (2014), facilitando uma adaptação ao modo de vida coletivo, como afirma Benevides, Pinto, Cavalcante & Jorge (2010) do novo participante.

Em alguns casos, até existe um contrato terapêutico escrito com esta descrição do grupo e das suas regras para todos os participantes assinarem, fortalecendo o compromisso entre técnicos e participantes. Deste modo, afirmam-se firmemente os mecanismos próprios, as regras e a identidade do grupo enquanto unidade, aspetos importantes definidos na génese das terapias de grupo, de acordo com Zimmerman (2007).

### **II.2.3 A caracterização e análise dos grupos observados**

Durante o período de integração na equipa e no serviço, pude observar 3 grupos terapêuticos muito distintos: o grupo terapêutico de crianças (4-6 anos), o grupo de contos de fadas (8-10 anos) e o grupo expressivo-corporal para adolescentes. Para além desses, ainda tive a oportunidade de observar um outro durante todo o período de estágio: o grupo de psicodrama para adolescentes.

### **O grupo terapêutico de crianças (4-6 anos)**

O grupo terapêutico de crianças, assim designado, já não existe atualmente no serviço, contudo, era orientado semanalmente por uma pedopsiquiatra e uma psicóloga clínica e indicado para crianças dos 4 aos 6 anos com problemas de comportamento, de socialização com pares e dificuldades na relação e na comunicação, agitação psicomotora, dificuldades na aquisição do jogo simbólico, de acordo com Moura, Oliveira & Ribeiro (2016). A metodologia utilizada centrava-se no brincar em grupo numa atitude terapêutica de não-diretividade, com princípios e estratégias ludoterapêuticas semelhantes às descritas por Axline (1972) e Santos (2018), estabelecendo-se condições para uma expressão livre, com ações não-dirigidas, onde se respeitava os ritmos do próprio grupo. Muitas vezes, tal como defendem as autoras, as terapeutas eram chamadas a colocar limites na ação, a resolver conflitos entre pares, a relembrar as regras, promovendo modalidades de comunicação e relação mais saudáveis, dando estratégias de negociação e de gestão da frustração, adotando a estratégia de sair da sala com a criança quando esta não suporta emocionalmente um conflito de grupo para que seja escutada e para que se dê significado ao que sente, tal como defendem Carreira & Correia (2011).

Fui convidado a assumir o papel de observador não-participante, onde pude assistir sentado às sessões na íntegra. Nesses meses, as terapeutas estavam a preparar o término do grupo e contavam com 5 crianças do sexo masculino. O grupo era heterogêneo em relação à sintomatologia: 3 deles eram tendencialmente agitados, impulsivos e entravam em conflito com frequência, tinham também imensas dificuldades em articular o discurso e a expressar verbalmente o que sentiam, choravam com frequência, relevavam uma fraca capacidade empática e social ao não partilharem os brinquedos, ao construírem brincadeiras apenas para eles; havia um caso em que a criança tinha uma grande dificuldade na articulação do discurso, contudo, era capaz de estabelecer uma relação recíproca, partilhava brinquedos, tentava, por vezes, procurar alguém para brincar, mas era muito inibido e segundo as terapeutas poderia estar comprometido a nível cognitivo; por fim, o outro caso caracteriza-se por um mutismo severo, nunca proferiu uma palavra, respondendo apenas com acenos de cabeça, ficava muitas vezes parado num canto da sala, imóvel, sem participar nas brincadeiras e sem tomar iniciativa para qualquer movimento grupal, contudo, quando as terapeutas interagiam com ele, esboçava um sorriso e interagia de volta de uma forma não-verbal.

Por fim, considero que a observação deste grupo foi de uma enorme relevância profissional, uma vez que uma mediação terapêutica não-diretiva, permitindo a expressão livre corporal da criança e que promova, ao mesmo tempo, a individualidade da própria



criança e a sua integração social num grupo de pares, se assemelha à própria mediação terapêutica da psicomotricidade, de acordo com Fonseca (2012a). Era através do brincar que se dava a operacionalização destes objetivos, indo ao encontro da ideia de Berger (2001) que defendia que é através do jogo que a criança encena os seus movimentos pulsionais e afetivos para os poder elaborar, onde pode explorar os limites das suas ações, reencontrar o prazer do movimento e o prazer de estar em relação com o outro, tal como afirmam Almeida (2005), Berger (2001), Probst (2017) e Vecchiato (2003). Contudo, guardo algumas reservas sobre alguns dos casos, uma vez que talvez uma indicação para terapia individual tivesse sido mais pertinente, dado que muitos dos casos ainda estavam muito centrados nas próprias sensações corporais e tinham modalidade de comunicação muito arcaicas, critérios importantes para encaminhar para uma terapia de grupo em vez de individual, de acordo com Onofre (2003) e Rodrigues, Gamito & Nascimento (2001).

### **O grupo de contos de fadas (8-10 anos)**

O referido grupo era quinzenalmente orientado por uma médica pedopsiquiatra e por um psicólogo clínico e era indicado para crianças dos 8 aos 10 anos com problemas de integração no grupo de pares, de acordo com Moura, Oliveira & Ribeiro (2016). A metodologia terapêutica consistia na leitura e dramatização de contos infantis, onde havia um participante escolhido pelos terapeutas para escolher os personagens e dirigir a construção do cenário com os materiais, normalmente esse participante não dramatizava, porque assumia um papel externo de diretor. O grupo era constituído por 3 raparigas e 4 raparigas, que tinham vários quadros patológicos desde perturbação de hiperatividade com défice de atenção, a inibição psicossocial, perfil psicótico, dificuldades de comunicação e relação. O modelo de sessão envolvia antes da leitura do conto um diálogo inicial para escutar cada um dos participantes.

Os meses de observação deste grupo permitiu-me compreender melhor os efeitos do uso de dramatizações como mediador no processo terapêutico e na riqueza do conteúdo emocional transmitido. E uma vez que as dramatizações também são utilizadas na terapia psicomotora como metodologia de intervenção como promotor da imagética, do interesse e da interação com o outro, e como facilitador da expressão emocional e da comunicação verbal e não-verbal, tal como defendem Aucouturier (2010), Berger (2001) e Costa (2008), pareceu-me importante esta experiência para conhecer e reconhecer nesta modalidade vários pontos muito positivos na reorganização psíquica. Considero que o uso de contos infantis é uma estratégia que facilita o diálogo sobre o conteúdo emocional e as mensagens inerentes à história, por se tratar de uma forma mais concreta e mais próxima para a criança. Para além disso, envolve um primeiro movimento de escuta atenta, de

elaboração do imaginário, e depois um outro vivencial, experimentado e concretizado, uma construção real que parte de uma construção imaginária, uma organização criativa que concretiza o desejo da criança.

### **O grupo expressivo-corporal para adolescentes**

O referido grupo era quinzenalmente orientado por um psicólogo clínico e por uma terapeuta ocupacional, e era indicado para adolescentes com dificuldades de simbolização, dificuldades na relação com o corpo, dificuldades no planeamento e execução de atividades expressivas, de acordo com Moura, Oliveira & Ribeiro (2016). O modelo de sessão envolve momentos de conversa partilhada em grupo e atividades expressivas com comentário final dos participantes. O grupo era constituído por 2 raparigas e 4 rapazes, com diferentes perfis, desde organizações psicóticas, perturbações depressivas, perturbações de ansiedade, inibição e isolamento social.

As minhas observações constataram uma postura grupal maioritariamente inibida, sobretudo em atividades expressivas, com um contacto distante entre os participantes, embora todos partilhassem verbalmente os aspetos mais importantes da sua semana. Foi importante ter observado o comportamento e as dinâmicas grupais, uma vez que depois de terminar a fase de observação e perante a saída da colega terapeuta ocupacional, a equipa terapêutica convidou-me a tomar o lugar de coterapeuta no grupo, integrando os saberes da terapia psicomotora e ajudando a reconstruir os aspetos metodológicos do mesmo. Por isso, estenderei a minha análise deste grupo no segmento II.3.4, mais adiante.

### **O grupo de psicodrama para adolescentes**

O referido grupo era quinzenalmente orientado por um psicólogo clínico (com formação como psicodramatista) e por uma enfermeira de saúde mental (ego-auxiliar), e era indicado para adolescentes com dificuldades na relação com pares e no processo de autonomização, de acordo com Moura, Oliveira & Ribeiro (2016). Os objetivos centravam-se nas temáticas típicas da adolescência (e.g. sexualidade, relação com pares, riscos, limites), tal como indicam Moura, Oliveira & Ribeiro (2016). O grupo era constituído por 3 rapazes e 3 raparigas e, a partir de abril, um dos rapazes teve alta do grupo e entrou mais um rapaz e uma rapariga. Como indica a designação, o modelo psicoterapêutico subjacente é o psicodrama, respeitando a regra dos três contextos, 5 instrumentos e 3 fases da sessão descrita por José-Gonzalez (2018) Karp (2005) e Wilkins (1999) que foram aplicadas em todas as sessões. As modalidades mais utilizadas foram as inversões de papel e os *role-playing*, tal como descreve Ribeiro (2016) para a população infantojuvenil.

As minhas observações neste grupo duraram um ano e serviram para apoiar o meu trabalho futuro como coterapeuta no grupo de psicodrama para pré-adolescentes, que será

descrito mais adiante. Considero que o psicodrama tem um *setting* terapêutico muito específico e que, de certa forma, tem um ponto em comum com a terapia psicomotora, que é serem duas terapias contemporâneas, i.e., guiadas pelo conceito de corporeidade descrito por Merleau-Ponty (1999), onde o corpo torna-se no principal veículo emocional, onde a expressão corporal é indissociável da expressão psíquica e, portanto, é vista como um significado pessoal de quem somos, guiando um processo de autodescoberta. E uma vez que é também, tal como a psicomotricidade, uma metodologia muito centrada em vivências corporais, considero que observar o comportamento de terapeutas experientes é a melhor forma de aprender as especificidades do papel de um ego-auxiliar no psicodrama. Para além disso, o uso de objetos intermediários no psicodrama, tal como descrevem José-Gonzalez (2018), Karp, 2005 e Wilkins (1999) é muito semelhante ao uso de objetos como facilitadores e mediadores da relação em terapia psicomotora, descritos por Almeida (2005), Aucouturier (2010), Costa (2008) e Vecchiato (2003).

### **II.3 Fase de avaliação e intervenção**

A fase de intervenção teve início depois das primeiras sessões de observação, logo em outubro, quando tive a oportunidade de ser terapeuta no grupo psicoeducativo para problemas externalizantes do comportamento, em co-terapia com a terapeuta ocupacional do serviço. Seguiu-se mais tarde a oportunidade de ser coterapeuta no grupo de psicodrama para pré-adolescentes e no grupo expressivo corporal, para além do encaminhamento dos casos individuais para terapia psicomotora que foi ocorrendo de uma forma progressiva. Os tópicos estão organizados numa lógica do trabalho em equipa, abordando as reuniões de equipa e a co-terapia em grupos, para o trabalho com os casos individuais, cuja caracterização é antecedido pela apresentação do modelo desenvolvido para a avaliação e intervenção psicomotora, implementado de forma autónoma.

Deste modo, uma vez que estive sempre presente até ao fim do estágio em sessões como observador, diria que as fases de observação e de intervenção estiveram sempre a decorrer em paralelo. Porém, com o decorrer do tempo, o tempo de observação diminuiu em função do aumento progressivo do tempo de intervenção.

Para além disso, a participação nas reuniões de equipa terapêutica constituiu parte da fase de observação e também parte da fase de intervenção, uma vez que o meu papel foi ganhando aos poucos um cariz cada vez mais interventivo, à medida que trazia à discussão grupos onde desempenhava um papel de terapeuta e casos que eu acompanhava individualmente.

Seguem-se os horários praticados no período de estágio:

Tabela 3 - Horário de estágio (outubro a dezembro de 2018)

3.ª feira		4.ª feira		5.ª feira	
9h00-11h30	1.ª consultas de pedopsiquiatria (Observação)	10h30-11h30	Terapia individual (intervenção)		
		12h00-13h00	Formações /apresentações para o serviço de psiquiatria		
14h-15h30	Grupo psicodrama de adolescentes (observação)	14h00-15h30	Reunião de equipa (1.ª e 2.ª semana do mês)	14h30-15h30	Grupo terapêutico para crianças (observação)
16h00-17h00	Grupo psicoeducativo para problemas externalizantes do comportamento (intervenção)			16h00-17h30	Grupo conto de fadas alternado com o grupo expressivo-corporal (observação)
17h00-17h30	Registos de sessão				

O horário acima apresentado refere-se ao período inicial entre outubro de 2018 e o fim de dezembro de 2018, contemplado muitos momentos de observação e menos de intervenção, perfazendo um total de 10 horas e 30 minutos por semana.

Nesta fase, destaco os dois momentos que correspondem a intervenção direta: co-terapia no grupo de psicoeducativo para problemas externalizantes do comportamento e a terapia individual com o primeiro caso encaminhado para a terapia psicomotora.

Em relação ao horário abaixo apresentado, este refere-se ao período entre janeiro de 2019 e junho de 2019, que contempla mais momentos de intervenção em deterioramento de momentos de observação, perfazendo um total de 11 horas e 30 minutos por semana. Porém, nem todos os momentos descritos foram iniciados logo no início do mês de janeiro de 2019.

Tabela 4 - Horário de estágio (de janeiro a junho de 2019)

3.ª feira		4.ª feira		5.ª feira		6.ª feira	
		10h30-11h30	Terapia individual (intervenção)				
		11h30-12h30	Terapia individual (intervenção)				
		12h30-13h30	Terapia individual (intervenção)				
14h00-15h30	Grupo psicodrama de adolescentes (observação)	14h00-15h30	Reunião de equipa (1.ª e 2.ª semana do mês)			15h30-16h30	Terapia individual (intervenção)
16h00-17h30	Grupo psicodrama de pré-adolescentes (intervenção)			16h-17h30	Grupo expressivo-corporal (intervenção)	16h30-17h30	Registos sessão e relatórios
17h30-18h30	Terapia individual (intervenção)					17h30-18h30	Terapia individual (intervenção)

Em seguida, serão caracterizados as reuniões de equipa e os momentos de intervenção, explicando o meu papel e responsabilidade nos mesmos, bem como a minha análise sobre a pertinência para o aprofundamento da minha aprendizagem profissional.

### II.3.1 As reuniões de equipa terapêutica

Desde o início do período de estágio, a minha presença tornou-se obrigatória na reunião mensal de equipa sobre os casos urgentes e na reunião mensal de equipa sobre os grupos terapêuticos. Decorriam entre as 14h e as 15h30 nas primeiras e segundas quartas-feiras do mês. Este era um espaço e um tempo de discussão clínica com todos os membros da equipa de pedopsiquiatria, uma dinâmica importante para coordenar o trabalho dos vários profissionais, delegando a intervenção psicoterapêutica para os técnicos não-médicos, tal como defende o RRHPIA (2018) e tal como está consagrado no Decreto-Lei n.º 304/2009.

Para além destas reuniões, a equipa terapêutica, representada pela médica coordenadora, mantinha uma presença nas reuniões mensais com o serviço de pediatria do desenvolvimento do HVFX, onde debatiam casos em comum, e com os agrupamentos de escolas, municípios e comissões de proteção de menores da zona, onde havia também discussão de casos urgentes e prioritários, promovendo-se uma boa articulação de serviços e de entidades responsáveis pelos jovens das autarquias sob alçada do HVFX.

Esta integração de serviços e articulação de informação de interesse comum é um dos princípios da ONU (2013) e uma das recomendações deixadas pelo RRHPIA (2018).

Posto isto, a minha análise global da minha participação contínua nas reuniões multidisciplinares, bem com a minha participação única e esporádica numa reunião com agrupamentos de escolas e municípios, é muita positiva, na medida que me revelou uma realidade hospitalar que se encontra de acordo com as recomendações e diretrizes vigentes na literatura, procurando as melhores dinâmicas de articulação de informação e de trabalho conjunto com entidades externas, acreditando que essa também se considera parte da prestação de serviços de saúde mental, tal como defende o RRHPIA (2018), mas, principalmente, porque também constitui um fator de sucesso no processo preventivo e terapêutico das crianças e jovens em pedopsiquiatria. A minha visão positiva sobre estas reuniões baseia-se, sobretudo, nesta aplicação prática dos modelos teóricos que colocam também o psicomotricista nesta visão sistémica da criança e que coloca a terapia psicomotora como valência terapêutica que deve privilegiar uma intervenção articulada com a equipa multidisciplinar em psiquiatria Fonseca (2012a) e Holter (2004).

Para além disso, senti que no papel de estagiário, mas com o reconhecimento profissional de psicomotricista, pude aprender muito com os outros profissionais sobre a psicopatologia e a complexidade do diagnóstico e sobre as decisões terapêuticas, tal como apontam Carr (2005), Gleitman, Gross & Reisberg (2011), Freitas & Malpique (2014), Marcelli (2005), McConaughy (2005) e Rutter & Taylor (2008), de acordo com os recursos disponíveis no serviço e gerindo eventuais desinteresses ou conflito de opiniões com as famílias ou com os próprios jovens sobre tal. Em suma, eu concluo que as decisões diagnóstico-terapêuticas mais complexas em pedopsiquiatria ganham imenso com a discussão interna com outros profissionais da equipa, i.e., em debate na equipa multidisciplinar, e/ou em debate com outras entidades envolvidas no contexto sociocultural da criança/jovem, i.e., escola, município, comissão de proteção.

### **II.3.2 O grupo psicoeducativo para problemas externalizantes do comportamento (8-10 anos)**

O grupo psicoeducativo para problemas externalizantes do comportamento constituía numa opção terapêutica de 8 sessões, que decorriam num período de 2 a 3 meses, com um objetivo psicoeducativo sobre emoções, comportamentos e estratégias para uma gestão emocional e comportamental. Os casos eram indicados pelas médicas pedopsiquiatras e que eram depois selecionados, mediante uma entrevista e acordo com os pais, para integrar o referido programa. Como qualquer grupo terapêutico do serviço, a orientação do grupo era sempre feita por dois terapeutas e, por se tratar de um grupo

psicoeducativo, não era exigida uma formação psicoterapêutica a nenhum dos técnicos. Nesse caso, a orientação do grupo estava sempre em mudança e poderia ser assumido por qualquer técnico médico e não-médico da equipa e, portanto, entre o mês de outubro e dezembro, a orientação do grupo foi assumida pela terapeuta ocupacional e por mim.

O grupo era constituído no início por 5 crianças do sexo masculino, que tinham idades de 8 e 9 anos. Todos eles tinham sido referenciados por queixas relacionadas com hiperatividade na sala de aula, comportamentos heteroagressivos, baixa tolerância à frustração e dificuldades relacionais e sociais. E tal como defendem Carr (2005), Barrias (2014) e Frick & Kimonis (2008), a intervenção nestes casos deve ser psicoeducativa, com intervenção comportamental focada na autorregulação. O processo terapêutico envolvia uma reunião com os pais antes e depois das 8 sessões de intervenção, bem como o fornecimento de todo o material psicoeducativo (e.g. jogos, folhetos) facultado pelo programa. O modelo de intervenção do grupo era estruturado pelo programa da Unidade Local de Saúde do Alto Minho, EPE - Serviço de Psicologia/Serviço de Pediatria, da autoria de Ângela Pontes, cujo material foi adaptado do programa norte-americano “Incredible Years” (Webster-Stratton & Reid, 2010).

Não obstante as condições do programa estruturado, a equipa terapêutica permitiu que adaptássemos as sessões de acordo com a nossa própria experiência e adicionássemos atividades que considerássemos pertinentes de acordo com as próprias características do grupo. Deste modo, abordámos todas as questões psicoeducativas sobre as emoções e as estratégias de uma forma vivencial, utilizando para além da discussão em grupo, técnicas de *role-playing*, jogos sobre o reconhecimento de emoções em mim e no outro, técnicas de relaxação terapêutica. A análise que faço da decisão dessas adaptações é positiva, uma vez que o grupo era sempre muito agitado, com várias interrupções no discurso dos adultos, pouca capacidade para ouvirem o par, formular uma opinião e partilhá-las, creio que tornar as sessões mais vivenciais foi uma boa estratégia para captar a sua atenção e interesse para o assunto. Para além disso, também procedemos a algumas mudanças no próprio *setting* da sessão, retirámos as cadeiras e passámos a sentar no chão para evitar a constante queda de cadeiras que era sempre um motivo de distração e recolhemos alguns brinquedos e materiais que estavam no gabinete e que tinham o mesmo efeito. Estas decisões foram importantes para reduzir os fatores de distractibilidade durante a concretização da tarefa e para ajudar a organizar a mesma, estratégias que são salientadas por Lobo Antunes (2009) para crianças com PHDA.

Posto isto, a avaliação que faço às referidas adaptações é positiva, uma vez que sentimos que a agitação do grupo estava a ser bem canalizada para a atividade, bem como

a psicoeducação era facilitada por ser colocada numa vertente vivencial, estando assim mais perto da realidade natural e das modalidades comunicativas das próprias crianças, tal como defendem Aucouturier (2010), Costa (2008) e Vecchiato (2003). Contudo, houve dois episódios de uma agressividade extrema despoletados por conflitos entre crianças que me levou a ter de conter fisicamente um dos participantes e, perante a sua dificuldade em se tranquilizar, tive depois de sair da sala com ele para ajudá-lo a compreender melhor o que estava a sentir sobre o conflito, sobre a forma como agiu e das consequências do seu comportamento, no fundo, para dar sentido ao que tinha acontecido, tal como descrevem Carreira & Correia (2011). No seguimento desses episódios, a criança em causa não conseguiu voltar ao grupo, embora tenha partilhado comigo outros fatores alheios à sessão que poderiam estar na causa da sua baixa tolerância à frustração e na instabilidade do seu comportamento. No final dessa sessão, que foi uma das primeiras, reunimos em equipa e levámos o caso a discussão, onde se decidiu ser melhor retirá-lo do grupo para não haver um agravamento dos comportamentos patológicos, tal como refere Vecchiato (2003). Em alternativa, foi proposto um seguimento em registo individual em terapia psicomotora comigo, uma vez que evidenciou ter reconhecido em mim alguma ligação que poderia ser importante para um sucesso terapêutico (ver adiante o Caso A).

Por fim, saliento a pertinência que esteve grupo teve no meu percurso pela equipa de pedopsiquiatria, uma vez que ajudou a desenvolver a minha capacidade de adaptação e flexibilidade para adaptar um programa terapêutico estruturado em função das características do grupo, bem como na responsabilidade que me deu nas decisões terapêuticas complicadas perante as adversidades.

### **II.3.3 O grupo de psicodrama para pré-adolescentes**

O grupo de psicodrama para pré-adolescentes está indicado, de acordo com Moura, Oliveira & Ribeiro (2016), para jovens do sexo masculino com dificuldades ao nível da autonomia, integração escolar e de socialização, procurando trabalhar a identificação com os pares, aumentando as suas competências pessoais e sociais e promovendo uma maior consciência sobre os seus padrões comportamentais. Metodologicamente, o grupo seguia o esquema 3x5x3 do psicodrama, já mencionado e descrito anteriormente (José-Gonzalez, 2018) e, devido às idades dos participantes, as técnicas que mais utilizávamos eram os jogos psicodramáticos e os *role-playing*, tal como defende Ribeiro (2006).

O grupo era constituído por 4 rapazes, todos eles com 13 anos, que já participavam no grupo há pelo menos um ano, e era orientado por um psicólogo clínico psicodramatista, que desempenhava o papel de diretor, em co-terapia com uma psicóloga clínica. Contudo,



após uma reorganização nas agendas dos técnicos, tornou-se necessário eu assumir o papel de coterapeuta no grupo.

O desafio em causa de assumir o papel designado por ego-auxiliar no psicodrama, ficou facilitado após 4 meses de observação de um grupo de psicodrama, uma vez que me permitiu aferir conhecimentos teóricos e práticos sobre a especificidade do *setting*, a mediação terapêutica e as técnicas utilizadas. Deste modo, considerei sempre que as minhas capacidades profissionais eram suficientes para o desempenho do meu trabalho, dado à minha preparação e experiência em terapias com uma vertente expressiva e vivencial bem marcadas. Para além disso, senti que poderia encontrar com a minha participação no grupo uma nova visão sobre a importância desta componente expressiva, nomeadamente na atitude do terapeuta e no seu papel de facilitar a significação dessas mesmas vivências.

Porém, sendo uma sessão de psicodrama dirigida pelo diretor (José-Gonzalez, 2018; Karp, 2005; Wilkins, 1999), senti-me sempre orientado metodologicamente no decorrer das sessões de grupo. Acrescente-se ainda que o meu envolvimento e participação que me era solicitado pelo diretor constituiu, a meu ver, no maior contributo que poderia oferecer ao grupo enquanto terapeuta, uma vez que eu, como psicomotricista, desenvolvi a minha competência profissional para assumir um papel de facilitador, envolvendo-me muitas vezes na própria vivência proposta na sessão, tal como defendem Carvalho (2005), Guimarães et al. (2016) e Vecchiato (2003), encontrando-me competente e experiente também para usar as estratégias terapêuticas referidas por Rodriguez & Llinares (2008), como a aproximação/ afastamento corporal; a colaboração na organização do espaço de jogo; a imitação como processo de identificação; a introdução da surpresa/novidade na atividade; o convite, ou a provocação, para a ação.

Por fim, considero também que a boa relação desenvolvida com estes jovens teve que ver com a minha participação nos jogos psicodramáticos, onde desempenhava muitas vezes o papel de parceiro de jogo, ou, pelo contrário, o papel de opositor. Dentro dessa dinâmica, onde a vulnerabilidade, a fragilidade narcísica de alguns jovens estava mais exposta, o desempenho do meu papel variava entre o suporte emocional ou a provocação. De uma forma mais lata, ou assumia o papel de “parceiro” ou de “inimigo”, em função do que era interpretado e pedido pelo diretor. Na fase do comentário final, salientávamos as reações comportamentais de cada um, decorridas nos jogos, com foco na atitude que tomavam perante o meu papel de “parceiro” ou de “opositor”.

### **II.3.4 O grupo terapêutico expressivo-corporal para adolescentes**

A descrição deste grupo já foi feita anteriormente na fase de observação, podendo rever em [II.2.3.](#), no tópico referente ao mesmo, uma vez que este foi um dos grupos que pude observar durante 3 meses. Contudo, perante uma reorganização das agendas dos técnicos, tornou-se necessário eu assumir a co-terapia deste grupo. O psicólogo clínico que o orientava e que passou a orientá-lo comigo propôs-me a ajudá-lo a repensar o grupo em termos metodológicos, procurando adaptar o *setting*, ajustar modelos teórico-práticos e técnicas do psicodrama com os modelos e técnicas de intervenção da terapia psicomotora. E, dado às características de ambas as áreas terapêuticas, decidimos manter o nome “expressivo-corporal” por acharmos que continuava a ser adequado.

Após a reorganização do grupo, houve saídas e entradas de novos jovens, recomeçando com 5 participantes e com a entrada de mais um no mês de abril. Portanto, o grupo era muito heterogêneo em termos de género, patologias e idades, sendo constituído por: um rapaz de 15 anos (perfil depressivo e isolamento social); um rapaz com 16 anos (perfil depressivo, dificuldades escolares e sociais), outro rapaz com 16 anos (perfil psicótico, características de autismo, com marcadas dificuldades relacionais e sociais), uma rapariga com 17 anos (referenciada por tentativa de suicídio, com conflitos familiares marcados e isolamento social), uma rapariga com 17 anos (perfil fóbico, com características ansiosas, dificuldades com os pares, isolamento e inibição social); por fim, uma rapariga com 18 anos, que estava no grupo há dois anos (referenciada na altura por inibição social, queixas somáticas e perfil ansioso). Uma característica comum a todos os casos era o isolamento e as dificuldades nas relações com os pares, que se refletia numa postura fóbica, marcada por uma forte inibição e um desconforto na exposição social.

Deste modo, organizámos a sessão em três etapas: 1) diálogo inicial; 2) atividade(s) expressivas; 3) comentário final sobre a atividade; seguindo um modelo semelhante ao psicodrama, descrito por José-Gonzalez (2018), Karp (2005) e Wilkins (1999), e também semelhante ao da terapia psicomotora, segundo Costa (2008), Rodrigues, Gamito & Nascimento (2001), Rodrigues, Martins & Rodrigues (2003), Rodriguez & Llinares (2008). Contudo, decidiu-se que nenhum dos terapeutas assumia um papel de liderança do grupo e que a gestão das atividades ficava à responsabilidade do terapeuta que a tinha planeado, mediante o acordo prévio entre os dois, havendo, portanto, uma alternância e uma flexibilidade no papel de liderança.

As atividades eram pensadas de acordo com as características do grupo, procurando integrar técnicas expressivas das duas áreas terapêuticas para potenciar os

benefícios terapêuticos do grupo. A fase das atividades expressivas privilegiava a componente não-verbal da comunicação, deixando a palavra para a primeira e última fase da sessão, utilizando muitas vezes a música e o jogo com objetos como facilitadores da relação na atividade, tal como o psicodrama faz com os objetos intermediários (José-Gonzalez, 2018; Karp, 2005; Wilkins, 1999) e o que faz também a terapia psicomotora (Almeida, 2005; Costa, 2008; Vecchiato, 2003). As atividades centravam-se ao trabalho de pares ou em todo o grupo, na expressão corporal enquanto simbólico para o mundo interior, procurando encontrar uma resposta para questões fulcrais: como me sinto na relação com o outro? O que sinto no meu corpo quando estou na presença do outro? Como me identifico ou não com o outro? Posto isto, os objetivos terapêuticos eram: elaborar os sentimentos a partir de vivências expressivo-corporais, promover uma melhor da autoestima corporal e promover comportamentos relacionais e sociais.

Por se tratar de um grupo com uma metodologia terapêutica renovada, deu-se prioridade ao mesmo para ser levado a duas reuniões mensais de supervisão clínica externa, que, para mim, constituiu uma oportunidade de aprendizagem única, com efeitos nos ajustes metodológicos que fomos fazendo ao longo das sessões em relação às atividades e aos objetivos da mesma. Por se tratar de adolescentes com uma idade muito avançada, foi recomendado colocarmos um foco maior na componente verbal no final das atividades para ajudar a elaborar melhor as vivências.

De um modo geral, considero que com este grupo trabalhei uma competência profissional muito importante, a capacidade de pensar a organização de um grupo terapêutico de raiz com base em duas áreas de intervenção e com dois terapeutas de formação diferenciadas. E a partir dos feedbacks positivos das reuniões de supervisão, bem como das melhorias notadas ao nível da participação dos jovens e da redução das dificuldades sociais no seu dia a dia, relatadas por eles, concluo que a estrutura que pensámos para as sessões, tal como as atividades pensadas, trouxe benefícios terapêuticos para os participantes. Ao convergirmos duas metodologias terapêuticas, convergimos também o olhar de cada uma delas sobre a mediação da relação grupal através de atividades expressivas. Não somámos apenas dois benefícios terapêuticos, mas criámos, sobretudo, um terceiro.

### **II.3.5 O modelo desenvolvido de avaliação e intervenção psicomotora para os casos individuais**

Este segmento introduz o meu trabalho com os casos individuais que me foram encaminhados, caracterizando, de uma forma geral, o procedimento de avaliação e de intervenção que desenvolvi para os acompanhamentos em terapia psicomotora, uma vez

que esta valência não existia no serviço. Tomei como ponto de partida os próprios procedimentos internos da equipa e as diretrizes atuais encontradas na literatura.

Em relação ao procedimento de avaliação, esta é composta por uma entrevista com a criança e com os cuidadores, seguindo as fases de primeira consulta descritos por Marcelli (2005), Freitas & Malpique (2014) e Monteiro & Confraria (2014) e usados nas primeiras consultas de pedopsiquiatria do serviço; e a aplicação dos seguintes instrumentos de avaliação formal: GOC, BASC - versão para crianças e BASC – versão para pais, sendo estes dos mais referidos na literatura (Figueira & Freitas, 2017; Martins, Duarte & Martins, 2019; Santos, Grilo, Costa & Martins, 2019). Também está contemplada a estratégia de McConaughy (2005) de aplicar as avaliações por inquérito aos pais na sala de espera, enquanto decorre a sessão. Nenhum dos contactos estabelecidos com professores foi bem-sucedido para se aplicar a versão para professores.

Por fim, resumidamente, apresento o seguinte esquema ilustrativo sobre o modelo que desenvolvi para avaliação e intervenção psicomotora no serviço de pedopsiquiatria:

1.ª Sessão	2.ª Sessão	3.ª Sessão	Penúltima Sessão	Última Sessão
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Entrevista inicial com criança + cuidador(es)</li> <li>• Entrevista a sós com a criança</li> <li>• Momento de reunião com os cuidadores</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Jogo de apresentação com a criança</li> <li>• Sessão de exploração livre (aplicação da GOC).</li> <li>• Preenchimento da BASC-pais</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Preenchimento da BASC-autorrelato</li> <li>• Observação direta para confirmar cotação dada na GOC</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Preenchimento da BASC-autorrelato para avaliação final</li> <li>• Preenchimento da GOC para avaliação final</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Entrevista final com a criança e cuidadores</li> </ul>

Figura 1 - Modelo de avaliação e intervenção psicomotora implementado

### II.3.6 Caracterização dos casos acompanhados em terapia individual

Na totalidade do período de estágio, foram encaminhados 5 casos para terapia individual: um caso em novembro de 2018 (designado Caso A), 2 casos em janeiro de 2019 (designados por Caso B e Caso em Estudo – ver [II.4](#)) e outros 2 em fevereiro de 2019 (designados por Caso C e Caso D). Este segmento pretender descrever os casos e as principais conclusões da avaliação e da intervenção de uma forma muito breve, deixando o Caso em Estudo para detalhar ao pormenor os referidos processos.

## **Caso A**

Dados demográficos: sexo masculino; 10 anos.

Antecedentes familiares: contexto familiar marcado por uma separação após um quadro de violência. Mãe com sintomatologia depressiva no período pós-parto e pai com problemas de etilismo.

Diagnóstico: Perturbação do Comportamento e PHDA; nos relatórios antigos também havia referência a Perturbação de Ansiedade de Separação.

Outros tratamentos: psicofarmacologia e consultas de vigilância em pedopsiquiatria desde 2014; apoios escolares; institucionalização em 2016;

Motivo de encaminhamento: saída do grupo psicoeducativo para problemas externalizantes do comportamento derivado de episódios heteroagressivos em sessão; queixas de agitação, dificuldade de concentração, momentos de desajustamento comportamental com heteroagressividade que o levou várias vezes ao serviço de urgência.

O procedimento de seguimento seguiu o modelo descrito em II.3.5., embora a aplicação da BASC- Autorrelato tenha sido repartida em 3 sessões devido ao seu nível de agitação. Também houve um processo de institucionalização na fase final do processo terapêutico que envolveu receber, por diversas vezes, a mãe antes da sessão começar. Para além disso, essa fase agravou a sintomatologia e perturbou o normal funcionamento e tempo de sessão, tendo sido impossível aplicar a BASC na fase final do tratamento. Foi a mãe que a preencheu na avaliação inicial.

Conclusão da avaliação (BASC): os resultados da BASC – Autorrelato indicaram como clinicamente significativos os valores da atitude com a escola (74%), atipicidade (91%), locus de controlo (91%), stress social (88%), depressão (85%), sentido de inadequabilidade (87%), autoestima (12% - clínico abaixo dos 30%) e autoconfiança (6% - clínico abaixo dos 30%). Contudo, a BASC preenchida pela mãe indicou como clinicamente significativos os valores correspondentes às categorias dos problemas de comportamento, ansiedade, atipicidade e tendência para o isolamento; colocando a hiperatividade e depressão em valores de risco. Note-se que os valores em ambas as versões revelam, na sua generalidade, um perfil patológico grave com vários sintomas clinicamente significativos, nomeadamente no nível da autoestima (12%) e autoconfiança (6%) e no nível da ansiedade (92%). Não há dados de avaliações finais pelas razões já mencionadas.

Conclusão da avaliação (GOC): ao comparar a avaliação final da GOC com a inicial, constatamos que houve ligeiras melhorias na adesão à tarefa (necessitando de menos estímulo para tal) na iniciativa e sugestões, prazer lúdico, comunicação verbal e

compreensão, memória de trabalho e na relação tolera mais o toque do outro e no outro (nomeadamente, nas atividades de relaxação na fase final das nossas sessões).

As características do programa terapêutico: a intervenção foi constituída por 26 sessões. pretendia através de atividades/jogos criados a partir da iniciativa da criança o reforço da sua autoestima e autoconfiança. Muitas vezes, o jogo proposto por ele tinha um carácter simbólico e recriava situações-conflito da sua vida psíquica – as sessões ganharam uma dinâmica de regressão/progressão, tal como descreve Vecchiato (2003), onde a relação terapêutica estabeleceu-se numa disponibilidade corporal e numa continuidade e previsibilidade do comportamento, tendo sido suporte emocional para ajudar a resolver os conflitos/bloqueios e procurar dinâmicas de progressão, tal como recomenda Vecchiato (2003). As técnicas de relaxação na parte final da sessão também tiveram o objetivo de promover uma consciência tónico emocional, tolerância ao toque do outro, imagem corporal mais positiva e uma regulação de tensões ansiosas, alguns dos aspetos trabalhados com esta metodologia de intervenção, segundo Costa (2008), Maximiano (2004) e Martins (2001).

Análise sobre a intervenção: o Caso A atravessou um longo processo que culminou com a sua institucionalização na fase final da terapia, fator que comprometeu o trabalho realizado ao longo dos meses, tendo regressado os episódios heteroagressivos contra pares e as reações explosivas. Seguramente, a relação terapêutica estabelecida foi fundamental para a estabilização do seu comportamento nos primeiros meses e foi a base para o desenvolvimento de algumas estratégias de *coping* para situações adversas. A mãe que o acompanhava ao serviço deixou de o fazer durante um longo período do processo, dificultando a compreensão sobre a estabilidade do comportamento para os outros contextos de vida. Por fim, é de salientar que as técnicas de relaxação foram aceites desde o início e ele solicitava-as sempre no final de sessão para alívio da tensão que dizia sentir na maior parte dos dias. A par disso, a sua dificuldade em mentalizar e elaborar todos os conflitos e mudanças familiares esteve sempre presente do início ao fim do processo terapêutico, havendo esporadicamente momentos onde se notavam ligeiras melhorias.

## **Caso B**

Dados demográficos: sexo masculino; 6 anos

Antecedentes familiares: a mãe é seguida em psiquiatria por patologia *boderline*; irmã já foi acompanhada em pedopsiquiatria; pais separados depois de conflitos contínuos.

Diagnóstico/ sintomatologia: Não tem, embora tenha sido feito o despiste para dificuldades de aprendizagem específica; suspeita de PHDA.

Tratamento: psicofarmacologia; consultas de vigilância em pedopsiquiatria desde 2018; apoios escolares.

Motivo de encaminhamento: alterações do comportamento; imaturidade; agitação; fraca tolerância à frustração, conflitos com pares; dificuldade de concentração na sala de aula; dificuldades em cumprir regras em todos os contextos, i.e., casa e escola; desenvolvimento psicomotor comprometido.

O procedimento de seguimento seguiu o modelo descrito em II.3.5., embora não tenha sido possível aplicar a BASC – versão pais no final do processo terapêutico, uma vez que, nas últimas semanas do mesmo, a mãe da criança encontrava-se internada em preparação de parto, tendo sido esta que a preencheu na avaliação inicial.

Conclusão da avaliação (BASC): embora já tenha referido não ter sido possível um re-teste da avaliação, a BASC preenchida pela mãe no início da intervenção classificava como valores clinicamente significativos as categorias referentes à hiperatividade (83%), agressividade (72%), ansiedade (93%), somatização (93%), atipicidade (87%), tendência para o isolamento (70%) e liderança (29% - clínico abaixo dos 30%)); para além disso, os valores referentes à adaptabilidade (37% - clínico abaixo dos 30%)) estavam em risco. De uma forma geral, mesmo as categorias que estavam em valores normativos apresentavam um percentil alto, no limiar de risco, como é o exemplo da depressão (57%), Índice de Sintomas comportamentais (59%).

Conclusão da avaliação (GOC): comparando a avaliação final da GOC com a inicial, constatamos que houve ligeiras melhorias na capacidade de aderir, motivar e cooperar a tarefa; melhorou a sua impulsividade (melhorias na capacidade de planejar a execução da tarefa, de esperar pela sua vez e de deixar terminar a instrução antes de iniciar a tarefa); está mais capaz de dar desenvolver as suas iniciativas em sessão; também melhorou a sua memória trabalho, coordenação e planeamento motor em relação às sessões anteriores. Por fim, saliento a melhoria ao nível da tolerância à frustração, tendo diminuído a frequências dos episódios e no tempo necessário para gerir quando acontece.

As características do programa terapêutico: a intervenção foi constituída por 18 sessões. Devido à faixa etária e ao perfil da criança marcado por um grande nível de agitação e de impulsividade, as sessões foram pensadas de uma forma não-diretiva, tal como defende Fonseca (2012a), procurando a iniciativa da criança como ponto de partida para o desenrolar do jogo psicomotor, estratégia defendida por Aucouturier (2010). As suas propostas de jogo categorizavam-se dentro do espectro sensoriomotor e simbólico, procurando sensações centradas no próprio corpo, num comportamento exploratório desorganizado, caracterizado por uma dificuldade em se manter numa atividade durante

muito tempo. Em relação à minha atitude como terapeuta, procurei assumir um papel de facilitador da ação e de orientador de uma exploração mais contida e organizada, de acordo com Carvalho (2005) e Vecchiato (2003). Estabeleci como objetivo a consciencialização das ações executadas como expressão com significado dos pensamentos, valorizando as suas descobertas motoras e os seus interesses, tal como defende Costa (2008). Para este caso também considerei, devido à dificuldade em cumprir regras, estabelecer as próprias regras em co-elaboração, tal como recomenda Aucouturier (2010).

Análise sobre a intervenção: o programa desenvolvido para esta criança constituiu a sua primeira experiência terapêutica, uma vez que considero importante não ser a única e haver uma continuidade de um acompanhamento terapêutico. Considero que devido aos seus problemas psicomotores evidentes, bem como ao seu grande nível de agitação, a terapia psicomotora seja uma boa abordagem terapêutica, em detrimento de uma psicoterapia mais verbal, tal como defende Berger (2001). Para além disso, considero que o processo terapêutico neste caso teve benefícios ao nível da tolerância à frustração, comportamento de exploração, adequação do seu comportamento às regras estabelecidas, bem como no desenvolvimento de estratégias de autorregulação da impulsividade e hiperatividade. Por fim, não deixo de sublinhar o fator de risco iminente da psicopatologia materna em relação à sua organização *boderline*, que pode colocá-lo em risco para uma situação traumática futura perante problemas e conflitos interpessoais recorrentes e comuns nesta patologia (Zahn-Waxler, Duggal & Gruber, 2002).

### **Caso C**

Dados demográficos: sexo masculino; 10 anos

Antecedentes familiares: separação recente dos pais com conflitos judiciais.

Diagnóstico/ sintomatologia: alterações do humor, inibição psicomotora e dificuldades de adaptação desde os seus 4 anos.

Tratamento: psicofarmacologia e consultas de vigilância em pedopsiquiatria desde 2014; apoios escolares.

Motivo de encaminhamento: encaminhado após consulta onde se observaram alterações psicomotoras; postura passiva com bloqueio do pensamento; mantém comportamentos ritualizados na escola; dificuldade expressiva.

O procedimento de seguimento seguiu o modelo descrito em II.3.5., embora tenha havido duas entrevistas finais com o pai e com a mãe em dias diferentes, uma vez que estes o traziam às sessões alternadamente. Foi o pai que preencheu a BASC- versão pais nas duas fases de avaliação – inicial e final.



Conclusão da avaliação (BASC): ao compararmos a avaliação final com a inicial, verificamos que no início se classificou como “em risco clínico” os valores da ansiedade (67%) e que no final da intervenção o valor melhorou para 45%; o nível de depressão melhorou de 37% para 17%; o valor da somatização melhorou de 46% para 24%; o valor da tendência ao isolamento que estava 61% (em risco clínico) melhorou para 51%; o valor dos problemas de atenção melhorou de 55% para 33%; e o valor da hiperatividade que, devido à postura inibida e passiva, foi classificada com 1%, havendo um aumento para 24% na avaliação final, o que não considero problemático e até adaptativo, sendo visto como uma melhoria também em relação à sua passividade. Contudo, não se verificaram melhorias significativas nas componentes de competências adaptativas, estando aos valores da liderança (17%) num nível clinicamente significativo.

Conclusão da avaliação (GOC): ao comparar os valores da aplicação final com os da inicial notamos ligeiras melhorias ao nível da postura passiva, ajustamento às tarefas, prazer lúdico, comunicação verbal (questiona mais e faz solicitações mais espontaneamente) e na comunicação não-verbal (postura mais recetiva; nunca evita o olhar), bem como no desenvolvimento de estratégias eficazes para as situações. Em suma, podemos apontar estas melhorias como estando de acordo com uma postura mais desinibida, mais espontânea na sua expressão corporal e mais recíproca nas modalidades comunicativas e relacionais.

As características do programa terapêutico: a intervenção foi constituída por 16 sessões e teve como principal objetivo reforçar a sua autoconfiança para a ação, adotando uma postura mais desinibida e mais relacional/social. A metodologia que considerei mais adequada foi partir dos seus interesses para a construção de um jogo, colocando a concretização do seu desejo espontâneo no centro da nossa ação motora, seguindo esta estratégia defendida por Aucouturier (2010). Os finais das sessões eram alternados entre momentos de exploração livre conjunta do espaço e dos materiais e/ou com atividades de relaxação, o objetivo é que fossem o ponto de partida para uma consciencialização para os estados tonicoemocionais, para a expressão espontânea e para a criatividade. A partir dessa experiência positiva a dois, o diálogo final centrava-se nessa liberdade de expressão e prazer lúdico sentido.

Análise sobre a intervenção: de um modo geral, a partir das avaliações finais, considero que a terapia psicomotora teve um impacto significativo na redução da ansiedade, depressão, somatização e problemas de atenção, tendo sido um ponto também muito positivo no momento de transição escolar em que esta criança se encontrava. Para além disso, ambos os pais, recebidos separadamente, reportaram melhorias no rendimento

escolar, na redução dos comportamentos ritualizados em sala de aula e na desinibição também em contexto familiar. Os pais pareceram sempre envolvidos no processo terapêutico desde o início, havendo uma redução dos conflitos intrafamiliares, tendo chegado no final a um consenso sobre que escola escolher para a transição para o 2.º ciclo. Por fim, considero que o agravamento do quadro sintomatológico, que levou ao encaminhamento, é explicado em parte pelos conflitos entre os pais, tendo sido resultado de uma reação à situação.

#### **Caso D**

Dados demográficos: sexo masculino; 9 anos

Antecedentes familiares: avós paternos com problemas de álcool e avós maternos com sintomatologia ansiosa, cujo contacto é frequente e diário, uma vez que vivem todos na mesma casa devido à situação de desemprego de ambos os pais.

Diagnóstico/ sintomatologia: perturbação da vinculação; problemas externalizantes do comportamento

Tratamento: psicofarmacologia; consultas de vigilância em pedopsiquiatria desde 2014; grupo terapêutico para crianças em 2015; os pais frequentaram grupos psicoeducativos e psicoterapêuticos para pais; frequentou o grupo psicoeducativo para problemas externalizantes do comportamento que eu orientei; apoios escolares.

Motivo de encaminhamento: disrupção do comportamento e oposição, nomeadamente em contexto familiar com os pais; conflito com a avó; para além disso, teve de suspender o tratamento farmacológico após reação secundária à medicação.

O procedimento de seguimento seguiu o modelo descrito em II.3.5., embora não tenha sido aplicada nenhuma das versões da BASC, uma vez que o tempo de intervenção seria muito curto.

Conclusão da avaliação (GOC): não se notaram praticamente nenhuma diferença nos valores da avaliação inicial e final, havendo apenas ligeiras melhorias na atividade simbólica, estratégias de resolução de problemas e apresentação de iniciativas próprias, permanecendo as dificuldades na memória de trabalho, impulsividade, atenção na tarefa.

As características do programa terapêutico: a intervenção foi constituída por 8 sessões, uma vez que por constrangimentos de horário a terapia passou a uma frequência quinzenal e também houve algumas faltas às sessões marcadas. Contudo, derivado à brevidade da terapia, foquei os objetivos num trabalho psicoeducativo sobre os comportamentos externalizados, à semelhança do que fizemos no grupo psicoeducativo onde estávamos os dois. No fundo, decidi dar uma continuidade às temáticas abordadas pelo programa, mas num registo individualizado e de uma forma mais vivencial.

Análise sobre a intervenção: tendo em conta que este é um caso acompanhado desde alguns anos no serviço, tendo participado em diversas modalidades terapêuticas, os cuidadores demonstraram sempre um grande interesse nas estratégias que podem ser aconselhadas para lidar com o seu comportamento em contexto familiar. Na entrevista final referiram que houve melhorias no contexto escolar, onde não se registaram conflitos com pares no período de intervenção. Recentemente, também começou a ser acompanhado pela psicóloga da escola, uma relação que ele descreveu como sendo muito positiva. Por fim, creio que as características de um processo terapêutico em psicomotricidade, bem como o modelo de avaliação e intervenção implementado, não se adequam a uma intervenção tão breve. Não obstante esses constrangimentos, também creio que a minha decisão de dar uma continuidade ao trabalho desenvolvido no grupo psicoeducativo em registo individual tenha sido a mais adequada à situação e ao caso a que se refere.

## **II.4 Estudo de caso**

Neste segmento, apresentarei detalhadamente um dos casos acompanhados em terapia psicomotora, servindo como modelo-exemplo para demonstrar mais detalhadamente a implementação completa do processo de avaliação e intervenção, explicando-a pelas várias fases que a constituem. Este caso foi selecionado para estudo, uma vez que é o que melhor ilustra a boa aplicação do modelo implementado, não tendo sido afetado por fatores adversos externos que a pudessem comprometer. Por questões de confidencialidade, não revelarei a sua naturalidade, a sua data de nascimento completa, nem o seu nome. Será designado apenas por “Caso em Estudo”.

### **II.4.1 Encaminhamento e caracterização anamnésica**

O Caso em Estudo, nascido em julho de 2010, é do sexo masculino e é acompanhado no serviço desde os seus 5 anos, tendo sido a primeira consulta em 2015. Foi encaminhado para a pedopsiquiatria por uma clínica privada devido a problemas no sono e de atenção/impulsividade. Na consulta de pedopsiquiatria, foi indicado para alguns possíveis diagnósticos, como a PHDA, Perturbação do sono e Perturbação de ansiedade de separação e foi medicado, mantendo também consultas de vigilância em pedopsiquiatria.

#### **Anamnese recolhida na 1.ª consulta**

Em relação aos primeiros anos de vida, segundo o relato da mãe, a gravidez foi de alto-risco, com necessidade de baixa profissional. Descreve-o como um bebé tranquilo, tendo sido amamentado até aos 18 meses. Esteve com mãe até aos 5 meses, momento em que integrou uma creche. Foi negada resistência ao sono e dificuldade de separação

inicial nesta altura. Dorme em quarto próprio desde os 2 anos, mas à noite ia para a cama dos pais. Relatou também períodos de engasgamento aos 2 anos, que necessitou de tratamento (refere como momento de alguma ansiedade). Desde os 3 anos, tem dificuldade em separar-se da mãe. Por fim, relata também períodos de enurese noturna primária.

Em relação às queixas da mãe a partir dos 3 anos, salienta-se a grande dificuldade em permanecer na mesma atividade durante muito tempo, com desinteresse fácil, principalmente às refeições; a necessidade de ser sempre o primeiro; a procura constantemente a presença do adulto; a dificuldade em estar sozinho. (negada verbalização de preocupações; negado desafio à autoridade); e as dificuldades em adormecer (períodos de sono curto – 4h) com sonolência diurna com irritabilidade fácil.

Segundo a educadora, havia dificuldade em acompanhar as atividades de grupo, devido a uma desatenção recorrente. Pouco interesse por alguma coisa e pedia constantemente para mudar de atividade. Tinha dificuldade em memorizar, entender o sentido de uma história e em tarefas de motricidade fina. Era de choro fácil, com mudanças repentinas de humor e manifestava “pânico em ficar sozinho”.

Em relação a antecedentes familiares, a mãe refere sintomatologia depressiva desde há 1 ano (a partir dos 4 anos dele), com descrição de saturação da dinâmica familiar, que relaciona com a irrequietude dele. Está medicada para tal. Para além disso, a avó é descrita como tendo oscilação do humor com períodos de clinofilia (mas não mantém contacto atual com ele). Vive com pai, mãe e meia-irmã (filha do primeiro casamento do pai). Pais empregados.

### **A evolução clínica nas consultas de pedopsiquiatria de 2016 e 2017**

Após a primeira consulta foram realizadas consultas de vigilância, notando-se uma melhoria inicial com medicação ao nível da agitação motora e uma melhoria marcada do sono. Contudo, mantinha ansiedade com choro fácil perante situações em que se sente avaliado (e.g. leitura na sala de aula). Expressava dificuldades nas tarefas escolares e nas rotinas de autonomia, procurava muito a presença do adulto para iniciar trabalho e para quando “não se consegue controlar”. Mantinha uma postura infantilizada; alguma inibição; humor de tonalidade depressiva; e enurese noturna associado aos dias de escola; alguns momentos de frustração e de recusa escolar. Foi indicado para um grupo psicoterapêutico.

### **Encaminhamento para a terapia psicomotora**

Após o término das sessões do grupo psicoterapêutico, foi encaminhado para a terapia psicomotora em registo individual pela médica pedopsiquiatra, tendo efetuado também um ajuste na medicação: Ritalina 20 mg; Valeriana 125mg ao deitar; e uma tentativa para retirar Risperidona.

## **II.4.2 Avaliação inicial**

Ao ser encaminhado para a terapia psicomotora em registo individual, foi iniciado o seu processo de avaliação para intervenção, que foi repartido em 3 sessões, que decorreram a 2, 9 e 16 de janeiro de 2019, de acordo com o procedimento descrito em II.3.5. Depois, seguiu-se o protocolo típico em terapia psicomotora, de acordo com o modelo apresentado por Fonseca (2010), com as seguintes etapas: 1) diagnóstico (ou avaliação); 2) perfil intraindividual; 3) formulação de objetivos; 4) plano terapêutico individualizado; 5) implementação do programa; 6) avaliação do programa.

### **Entrevista à mãe na presença da criança**

A mãe relatou a história pessoal e clínica descrita já nas consultas de pedopsiquiatria, salientando o sono como principal queixa: “ele não dormia quase nada, comia e brincava durante a noite”. Descreveu-o como irrequieto; incapaz de parar; dizendo que “tem sempre muita energia”. Referiu também que estava assustada por pensar que a culpa era da forma como o educava. Por fim, admitiu melhorias com a nova medicação.

### **Entrevista a sós com a criança**

Começou por explicar o seu agregado familiar, dizendo que mora com o pai, mãe e duas irmãs mais velhas (uma é filha só do pai – já é adulta e tem um filho). Interrompeu-me várias vezes para falar com muito entusiasmo do dia adia da família, das atividades que organizam juntos para estarem com primos, tios e amigos. Referiu o seu interesse pela atividade física, contou que já foi guarda-redes no futebol antes de sair para se dedicar mais à escola. Confirmou a ansiedade associada aos testes na escola, acrescentando que os professores são injustos com ele. Em termos sociais, disse que tinha amigos, embora seja muitas vezes provocado por eles.

Por fim, pedi-lhe para representar algo muito importante para ele, usando o material da sala. Escolheu fazer espontaneamente um campo de futebol, referindo que tem “muito significado para ele” porque “gostava muito do clube onde jogava” e admitiu ter “saudades de jogar e dos amigos de lá”. Finalizou, contando que deixou de jogar “por falta de tempo”.

### **Resultados da GOC**

A análise aos resultados será feita a partir do destaque das áreas em mais défice, tais como a apresentação perante a tarefa (pouco motivado; muito passivo), impulsividade (inicia as tarefas antes de terminada a instrução; pouco planeamento), manifestação do humor com consequências negativas e atividade simbólica. Por fim, saliento as suas áreas onde revela competência: relação com o terapeuta, comunicação verbal e não-verbal,

memória, respeito pelas regras, prazer lúdico, persistência e ajustamento do comportamento na tarefa. Em Anexo C, podemos consultar os documentos referentes.

### Resultados da BASC - versão pais

A BASC – versão pais foi preenchida pela sua mãe nos momentos iniciais e finais, sendo esta que o levava sempre às sessões. Em Anexo D, podemos consultar os documentos referentes. Pode-se analisar o seguinte gráfico que ilustra as categorias avaliadas através das perguntas do inquérito e o percentil correspondente:

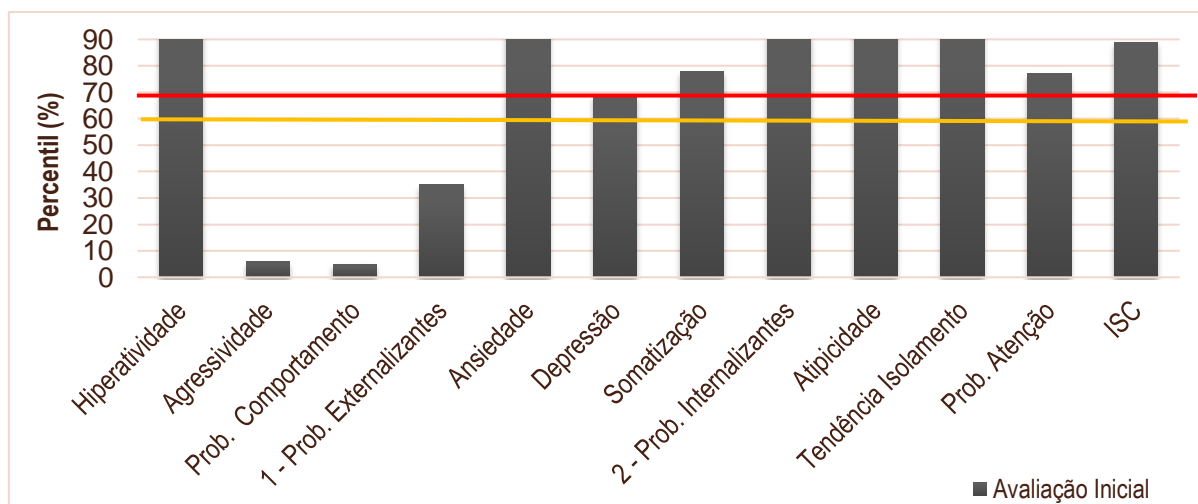


Figura 2 - BASC - Versão pais (Avaliação inicial)

A análise destes resultados coloca em evidência como clinicamente significativos os valores da hiperatividade (93%), ansiedade (98%), somatização (78%), a categoria geral dos problemas internalizantes (92%), atipicidade (95%), tendência para o isolamento (98%), problemas de atenção (77%) e o índice se sintomas comportamentais (89%). Para além disso, como em risco clínico o valor correspondente à depressão (69%). Os valores normativos dizem respeito à agressividade, problemas do comportamento e à categoria dos problemas externalizantes. Por fim, é de salientar o quadro sintomatológico grave classificando através da percepção da mãe.

O gráfico seguinte ilustra as categorias referentes às competências adaptativas, onde a análise de risco corresponde a valores entre o percentil 40 e 30 e a análise clínica corresponde a valores abaixo do percentil 30:

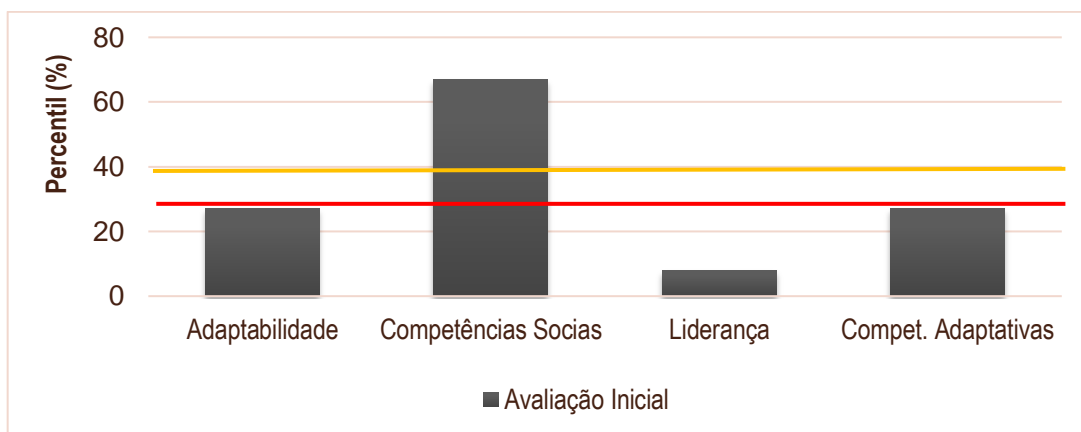


Figura 3 - BASC - Versão pais (Avaliação inicial) - categorias de competências adaptativas

A análise aos resultados mostra-nos valores clinicamente significativos nas competências de adaptabilidade (27%), liderança (8%) e na categoria geral das competências adaptativas (27%). Apenas as competências sociais foram classificadas com valores normativos (67%), sendo este um ponto forte, segundo a avaliação da mãe.

### Resultados da BASC – Autorrelato

O seguinte gráfico ilustra a avaliação inicial de acordo com a BASC – Autorrelato. Em Anexo E, podemos consultar os documentos referentes.

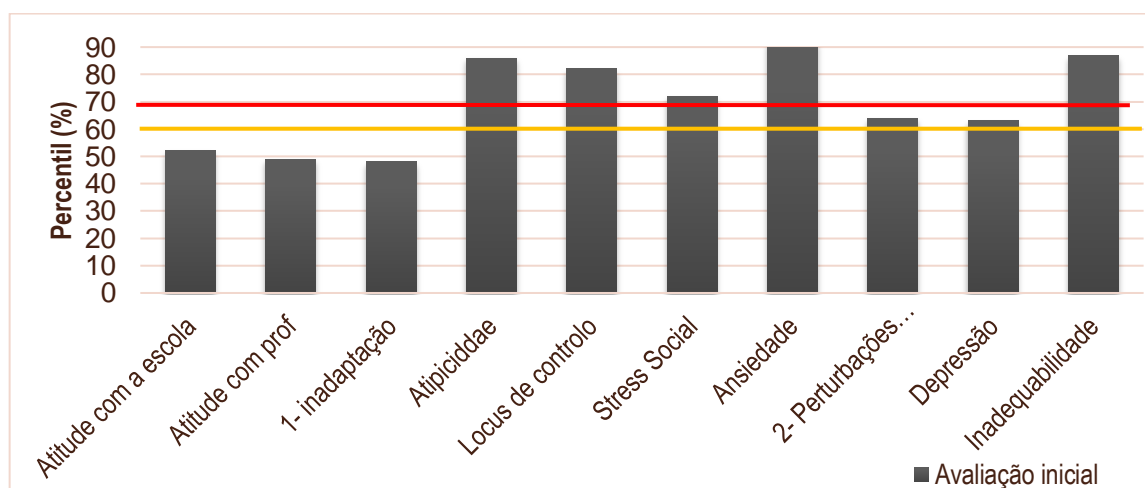


Figura 4 - BASC - Autorrelato (Avaliação inicial)

Os resultados revelam-nos valores clinicamente significativos, através percepção da própria criança, na atipicidade (86%), locus de controlo (82%), stress social (72%), ansiedade (92%) e sentido de inadequabilidade (87%). Encontramos ainda em risco clínico os valores correspondentes à componente de perturbações clínicas (64%) e depressão (63%). As atitudes com a escola, com os professores e a adaptação escolar foram classificados com valores normativos. Ao comparar com a percepção da mãe, ambos são

concordantes com o nível muito alto da ansiedade e da atipicidade, bem como em níveis de risco de depressão.

O gráfico seguinte ilustra a avaliação das competências de ajustamento pessoal pela BASC-Autorrelato:

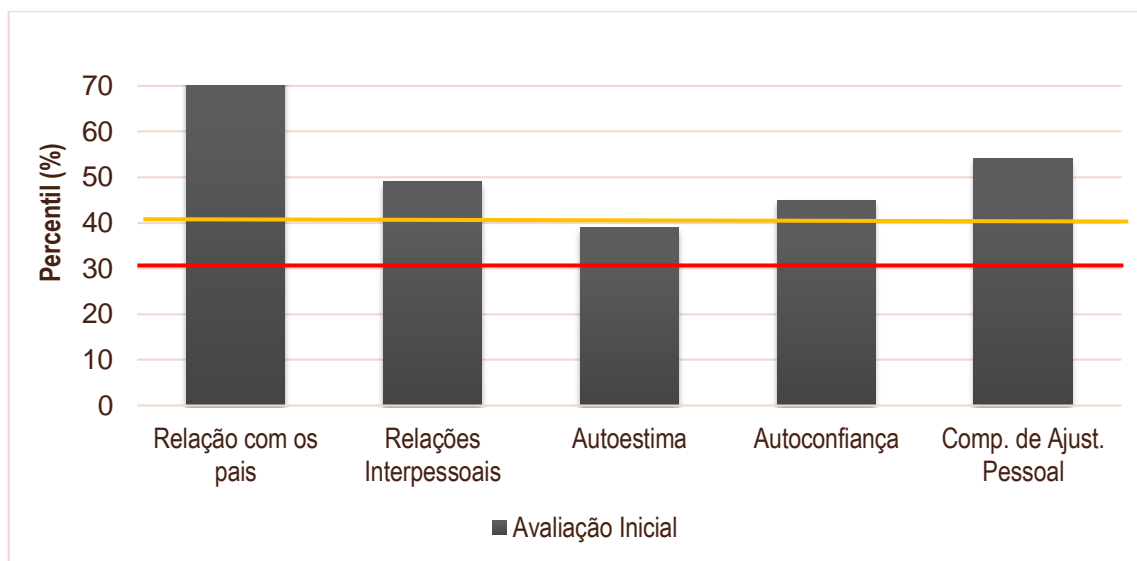


Figura 5 - BASC - Autorrelato (Avaliação inicial) categorias de ajustamento pessoal

A partir destes resultados, podemos fazer uma análise positiva geral, uma vez que apenas a autoestima está em risco clínico com um percentil de 39. Todas as outras competências foram classificadas com valores normativos. Neste caso, ao comparar com a percepção da mãe, as relações interpessoais e as competências pró-sociais inerentes parecem constituir para a própria criança um ponto forte seu.

Deste modo, encontramos aqui uma discrepância entre as duas percepções, onde a mãe adota a visão mais negativa. Por fim, é importante referir que de uma mãe com sintomatologia depressiva e que, por essa razão, poderá tender a ser menos sensível às necessidades do seu filho, bem como pode ter menor capacidade para perceber os sinais da criança e interpretá-los corretamente, tal como defendem Almeida, Castro, Mendes & Pires (2013), Mattejat, & Remschmidt (2008) e Pedro et al. (2013).

### **Perfil intraindividual**

Após a análise detalhada dos resultados de avaliação e da informação retirada dos instrumentos formais e pelas observações informais das primeiras sessões, elaborou-se o perfil intraindividual da criança em questão para melhor analisar as suas características pessoais.



A tabela seguinte ilustra o mesmo de forma resumida, dividindo categoricamente os tópicos principais das suas áreas mais fortes e das áreas que necessitam de intervenção terapêutica para o seu desenvolvimento:

Tabela 5 - Perfil Intraindividual do Caso em Estudo

Áreas Fortes	Áreas a desenvolver
Adequação na relação com o adulto	Reciprocidade no diálogo (interrompe com frequência).
Boas competências sociais (e.g. empatia, gestão de distância interpessoal)	Contenção da agitação motora. Redução da ansiedade, que antecede os dias de teste ou de viagens em família.
Adesão às atividades propostas pelo adulto	Autonomia e independência da presença do adulto
Capacidade de iniciar e manter um diálogo	
Mantém interesses e perspetiva futura	

### Fatores de risco e de proteção

Para além das componentes próprias do perfil, também é importante compreender as componentes externas que possam constituir, desta forma, fatores de proteção ou fatores de risco em relação ao desenvolvimento saudável da criança e também ao seu processo terapêutico, sabendo que poderemos sempre estar num “risco cumulativo”, tal como descrevem Compas & Andreotti (2013) e Marcelli (2005). Posto isto, apresenta-se a seguinte tabela para ilustrar os principais tópicos considerados após o processo de recolha de informação e de avaliação:

Tabela 6 - Fatores de Proteção e Fatores de Risco do Caso em Estudo

Fatores de Proteção	Fatores de Risco
- Ser acompanhado desde os 4 anos, tendo beneficiado de várias terapias	- Gravidez de risco
- Boa dinâmica familiar; com atividades regulares.	- Mãe depressiva no período dos seus 4 anos
- Contacto com família alargada	- Rotina irregular do sono
- Boa assiduidade em relação às sessões	- Relações um pouco conflituosas com os colegas (sente-se provocado).
- Medicação com impacto positivo assumido	

### Hipótese explicativa

A partir da análise da informação apresentada, estabelece-se as hipóteses terapêuticas que explicam o quadro clínico do Caso em Estudo. Primeiramente, é importante colocar como fatores de risco primário a condição de gravidez de risco e uma

possível pré-disposição para uma organização neurótica, a partir do próprio perfil materno. Para além disso, a mãe refere episódios muito precoces de grande ansiedade (como os períodos de engasgamento aos dois anos), associando-os ao contexto de creche (escolar). Esses primeiros anos levou a uma saturação da dinâmica familiar que, segundo a mãe, pode estar na origem da sua sintomatologia depressiva. A interação de uma mãe depressiva e o seu filho tem os seus fatores de risco, já mencionados a partir dos estudos de Becker & Leurquin (2010), Lotfi Azimi, Vaziri & Lotfi Kashani (2012), Mikic & Terradas (2014), Newland et al. (2016) e Smith-Nielsen et al. (2016). Esta interação perturbada pode ter despoletado a ansiedade de separação referida, com períodos de angústia e pouca autonomia em contexto escolar. Creio também que as dificuldades sociais nesse contexto emergiram a partir desse foco ansioso contextual. Por fim, este conjunto contextual conduziu a uma organização ansiosa com traços depressivos, tal como evidenciam os resultados da BASC. Para além disso, a perturbação do sono que é muitas vezes o foco da queixa da criança e da sua mãe pode também ser associada à perturbação de ansiedade, uma vez que esta acarreta dificuldades em adormecer, segundo Rappe (2012). As perturbações do sono das crianças aparecem muitas vezes associadas a mães depressivas (Caldeira da Silva, 2014; Countermine & Teti, 2010; Sadeh, Tikotzky & Scher, 2010), o mesmo acontece com expressões somáticas relatadas (e.g. dores de barriga e de cabeça), segundo Rappe (2012).

### **II.4.3 A implementação do programa terapêutico**

Após as 3 sessões de avaliação iniciou-se o período de intervenção, que decorreu num total de 20 sessões. A última sessão ocorreu a 27 de junho de 2019.

#### **Objetivos terapêuticos**

A implementação do referido plano de intervenção engloba os seguintes objetivos terapêuticos gerais, tal como os respetivos objetivos específicos intermédios, com base nos aspetos que revelaram maior preocupação clínica na avaliação inicial, não havendo uma hierarquização dos mesmos em relação à importância/urgência a serem trabalhados. Envolvem também, de uma forma muito geral, uma proposta de metodologia para desenvolver cada um e o modo como se poderá avaliar o êxito no final do processo terapêutico.

Tabela 7 - Objetivo terapêuticos (I)

<b><u>Objetivo Geral:</u> Reduzir os problemas de atenção e de hiperatividade</b>		
<b><u>Como avaliar o êxito:</u> BASC – Versão Pais</b>		
<u>Objetivo Específico:</u> Melhorar a atenção focalizada na tarefa	<u>Objetivo Específico:</u> Melhorar a capacidade de planejamento e de auto-monitorização da tarefa motora.	<u>Objetivo Específico:</u> Melhorar a capacidade de inibir o impulso de começar a tarefa antes do fim da instrução / interromper o outro
<u>Metodologia:</u> jogo estruturado	<u>Metodologia:</u> jogo estruturado	<u>Metodologia:</u> diálogo/ jogo/ relaxação
<u>Como avaliar o êxito:</u> GOC	<u>Como avaliar o êxito:</u> GOC	<u>Como avaliar o êxito:</u> GOC

Tabela 8 - Objetivo terapêuticos (II)

<b><u>Objetivo Geral:</u> Reduzir o nível de ansiedade</b>		
<b><u>Como avaliar o êxito:</u> BASC – Autorrelato</b>		
<u>Objetivo Específico:</u> Tomar consciência dos diferentes estados tônicos no seu corpo como sinal de stress	<u>Objetivo Específico:</u> Desenvolver estratégias para autorregulação de situações de maior ansiedade	<u>Objetivo Específico:</u> Reduzir o nível de somatização
<u>Metodologia:</u> jogo/ relaxação	<u>Metodologia:</u> jogo/ relaxação	<u>Metodologia:</u> relaxação
<u>Como avaliar o êxito:</u> GOC	<u>Como avaliar o êxito:</u> GOC	<u>Como avaliar o êxito:</u> BASC-Versão Pais

Tabela 9 - Objetivo terapêuticos (III)

<b><u>Objetivo Geral:</u> Reduzir o nível de depressão</b>			
<b><u>Como avaliar o êxito:</u> BASC – Autorrelato</b>			
<u>Objetivo Específico:</u> Demonstrar com maior frequência motivação para a tarefa proposta	<u>Objetivo Específico:</u> Promover mais iniciativas/sugestões suas no decorrer da sessão	<u>Objetivo Específico:</u> Desenvolver a autoestima	<u>Objetivo Específico:</u> Desenvolver a autoconfiança
<u>Metodologia:</u> jogo	<u>Metodologia:</u> jogo	<u>Metodologia:</u> jogo social/ simbólico	<u>Metodologia:</u> jogo social/ simbólico
<u>Como avaliar o êxito:</u> GOC	<u>Como avaliar o êxito:</u> GOC	<u>Como avaliar o êxito:</u> BASC-Autorrelato	<u>Como avaliar o êxito:</u> BASC-Autorrelato

## **Modelo de sessão**

O modelo de sessão segue as três fases principais, tal como podemos encontrar descrito por Costa (2008), Rodrigues, Gamito & Nascimento (2001), Rodrigues, Martins & Rodrigues (2003), Rodriguez & Llinares (2008), i.e., a 1.<sup>a</sup> fase corresponde ao ritual de entrada, diálogo inicial e decisão sobre as atividades que vão ser desenvolvidas; a 2.<sup>a</sup> fase corresponde à vivências das atividades selecionadas; a 3.<sup>a</sup> fase corresponde à atividade final, diálogo e significação do que foi experienciado e ritual de saída. Muitas vezes, a atividade final escolhida era o futebol ou alguma tarefa motora de cariz mais espontâneo. Os momentos de relaxação/ retorno à calma eram rejeitados a maior parte das vezes. Em Anexo F está disponível para consulta um exemplo de sessão descrito.

## **Recursos**

As sessões tinham a duração de 60 minutos, numa frequência semanal, às quartas-feiras. E sendo o *setting* terapêutico fundamental para fazer cumprir os objetivos da terapia psicomotora, as sessões decorreram num ginásio amplo, que favorece a expressão motora, equipado com materiais diversos, como bolas; arcos; colchões; blocos; almofadas; espelho; panos; bonecos; legos; pistolas; plasticina; canetas e papel; fantoches; balões, entre outros, de acordo com o que defende Costa (2008). Em Anexo G, podemos ver duas fotografias dos espaços referidos retiradas de Moura, Oliveira & Ribeiro (2016).

## **Estratégias de mediação e atividades terapêuticas**

Para implementar este plano terapêutico, foi necessário adotar algumas estratégias de mediação, de acordo com o perfil da própria criança: no diálogo inicial, pedir para se focar nos aspetos mais importantes, para falar do que correu melhor e pior, pois havia uma tendência para falar apenas de omitir algumas situações complicadas; quando relata momentos de ansiedade, ajudá-lo a pensar em estratégias de autorregulação, uma vez que diz muitas vezes “não sei resolver isto”; privilegiar as solicitações dele, mas incentivar/provocar a experimentar novas ideias, dado que havia uma tendência para a repetição de jogo e para a rejeição de novas propostas; reforçar momentos de persistência na tarefa, principalmente quando eram ideias minhas, pois havia uma tendência para evitá-las.

Para além dos aspetos referidos, nunca houve pistas que justificassem dinâmicas de regressão e as técnicas de relaxação foram sempre rejeitadas por ele, creio eu por lhe criar um momento de ansiedade. Em relação às atividades terapêuticas desenvolvidas, havia um foco no jogo de regras e no jogo simbólico, como oportunidade para momentos lúdicos menos estruturados, de iniciativa própria, que poderiam criar um sentimento de pertença e de segurança interna. As atividades tinham como objetivo promover a

autorregulação comportamental, a orientação para a tarefa e o controlo inibitório, tal como defendem Barrias (2014), Carr (2005) e Frick & Kimonis (2008) para a intervenção na PHDA.

#### II.4.4 Avaliação final do programa e análise de resultados

##### Resultados finais da GOC

A análise aos resultados da aplicação final da GOC, conclui que houve melhorias na apresentação/postura perante a tarefa, mostrando-se menos ansioso, passivo e mais motivado; na adesão à tarefa, necessitou de menos estímulo externo; no controlo da impulsividade, verbalizou menos durante a instrução, tal como planeou mais a execução da tarefa. Para além disso, notou-se um aumento das sugestões e iniciativas, tal como uma maior capacidade de atenção focalizada na atividade. A nível psicomotor, melhorou a elaboração e eficácia prático e a coordenação global nas suas componentes de coordenação oculomanual e oculopedal. Em [Anexo H](#), podemos consultar os documentos referentes.

##### Resultados da BASC - Versão pais

O gráfico seguinte ilustra as diferenças entre a avaliação inicial e final a partir da BASC- Versão pais, preenchida pela mãe. Em [Anexo I](#), podemos consultar os documentos referentes.

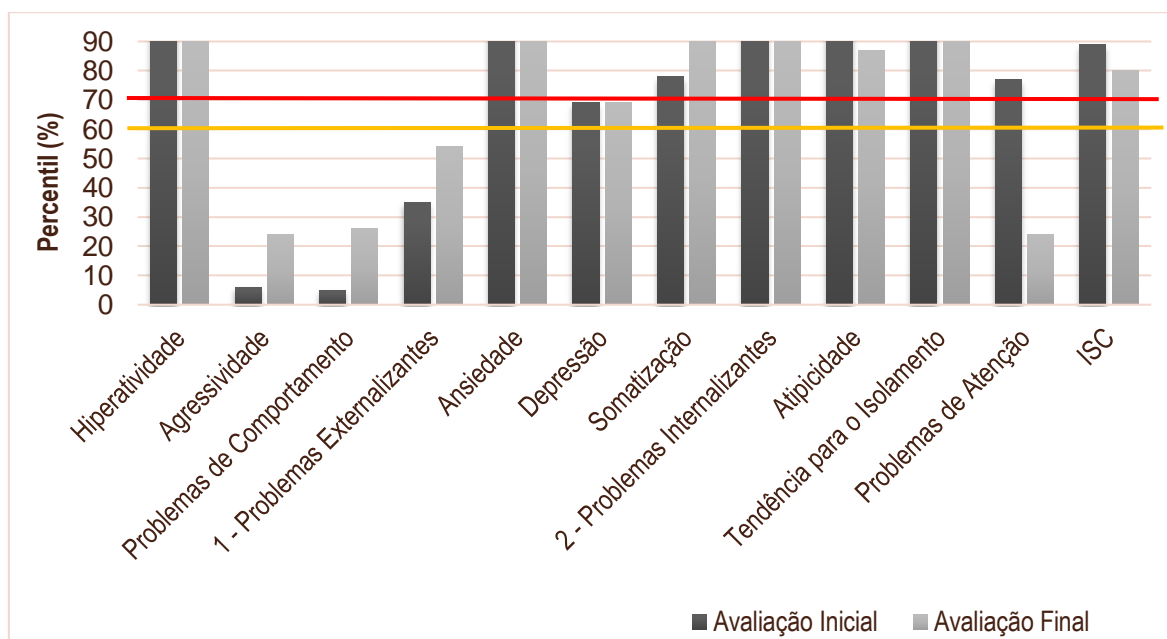


Figura 6 - Análise comparativa da avaliação inicial e final da BASC-Versão pais

A análise comparativa sugere uma melhoria significativa dos problemas de atenção de 77% para 24%, deixando de constituir um valor com significado clínico. Contudo, o nível

de somatização aumentou de 78% para 90%, um resultado que pode ser explicado em parte com o período específico em que se preencheu o inquérito final, que correspondeu à fase final do 3.º período escolar. O Caso em Estudo referia ter “dores de barriga e de cabeça” nos dias em que havia teste na escola, o que também se pode dever ao aumento da consciência sobre esta problemática. Para além disso, também se observa um aumento, embora dentro do espectro normativo, do nível das perturbações externalizantes do comportamento (agressividade e problemas de comportamento), o que pode ser explicado em parte por um episódio na escola que envolveu a participação do Caso em Estudo, onde a mãe admitiu a sua preocupação sobre o assunto. Em relação à maior parte das categorias, os seus valores mantiveram-se ou tiveram alterações pouco significativas.

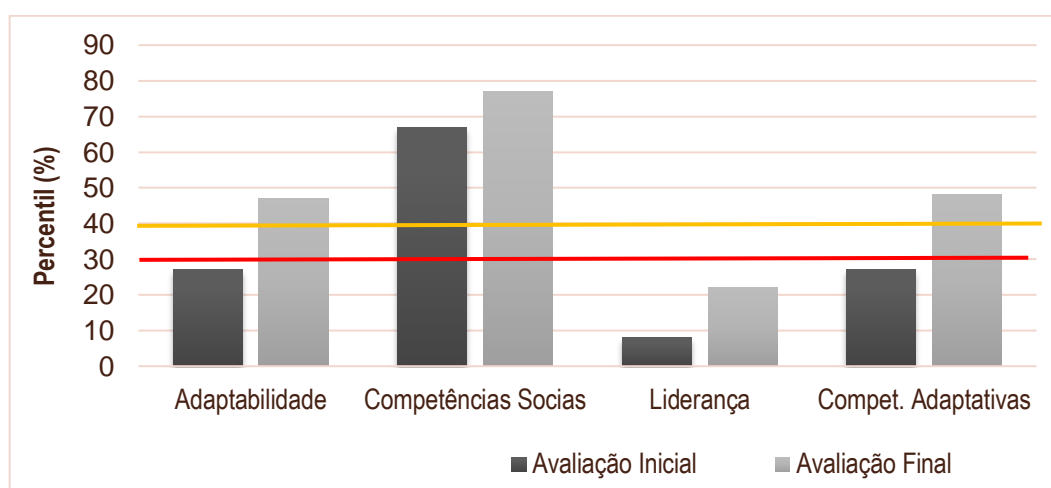


Figura 7 - Análise comparativa da avaliação inicial e final da BASC-Versão pais (competências adaptativas)

Segundo a percepção da mãe, em relação à avaliação das competências adaptativas, houve melhorias na adaptabilidade (de 27% para 47%), saindo do espectro de risco clínico, nas competências sociais (de 67% para 77%) e de liderança (de 8% para 22%), apesar de ainda estar no espectro clínico. No parâmetro global das competências adaptativas, registou-se uma melhoria de 27% para 48%, deixando de constituir uma preocupação clínica.

### Resultados da BASC – Autorrelato

O gráfico seguinte ilustra os resultados comparados da avaliação inicial e final a partir da BASC-Autorrelato, preenchida pela própria criança. Em Anexo J, podemos consultar os documentos referentes.

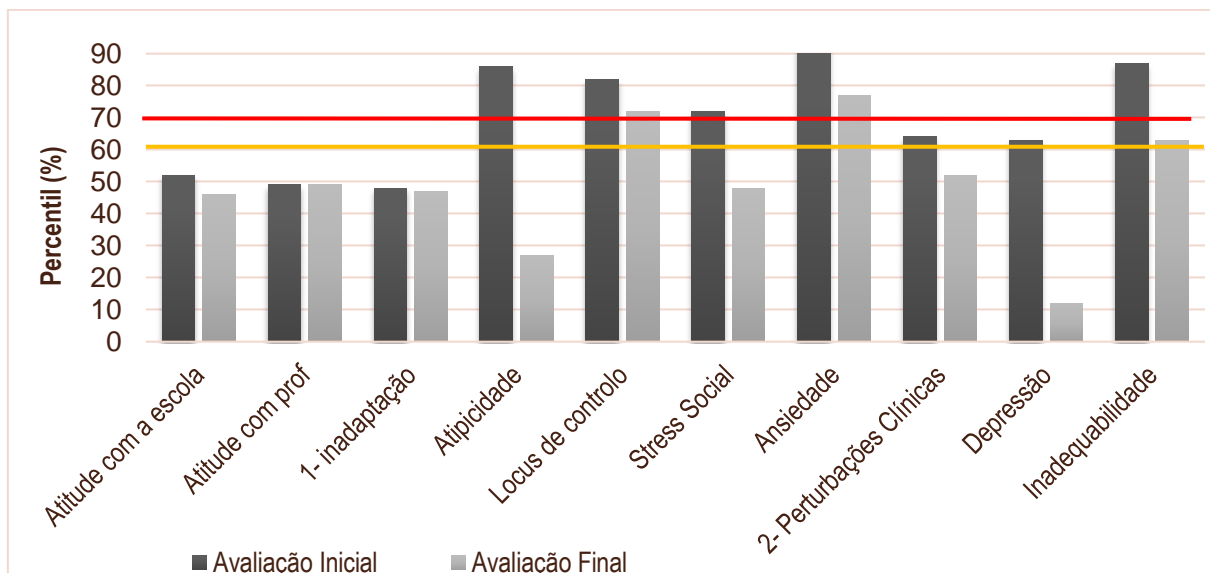


Figura 8 - Análise comparativa da avaliação inicial e final da BASC-Versão Autorrelato

A partir da análise comparativa, podemos constatar que houve melhorias significativas nos valores da atipicidade (descendo de 86% para 27%), não assumindo agora uma expressão clínica. Para além disso, também houve melhorias no locus de controle (de 82% para 72%); no stress social (de 72% para 48%), deixando de ter uma expressão clínica; da ansiedade de (92% para 77%); e no parâmetro geral de perturbações clínicas (de 64% para 52%), saindo do espectro de risco clínico; da depressão que melhorou (de 63% para 12%), saindo do espectro de risco clínico; do sentido de inadequabilidade que passou de clinicamente significativo para o espectro de risco, passando de 87% para 63%. Para além disso, as componentes de inadaptacão escolar apresentam valores semelhantes nas duas avaliações e continuam a não constituir uma preocupação clínica.

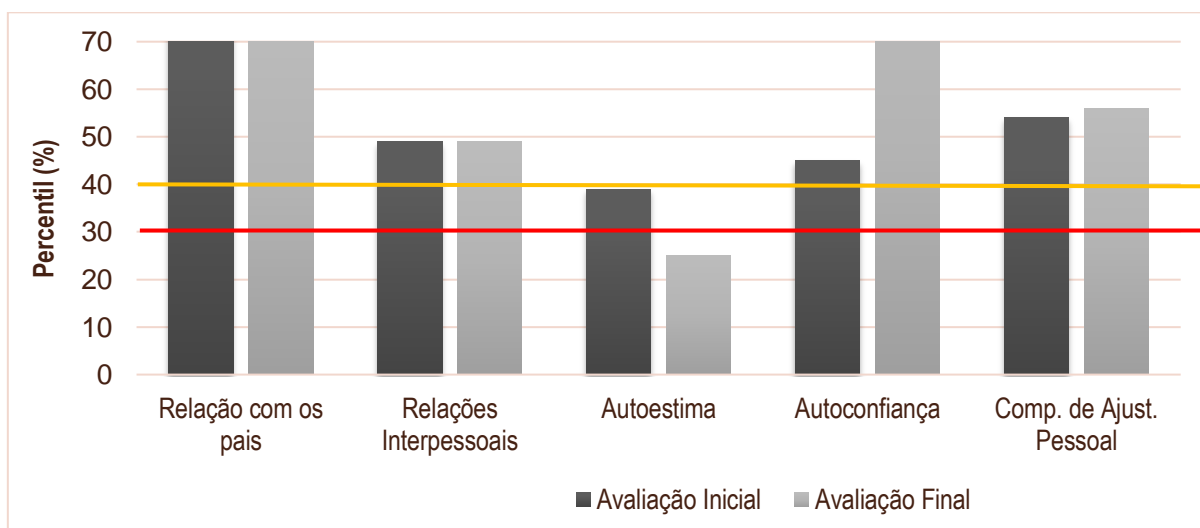


Figura 9 - Análise comparativa da avaliação inicial e final da BASC-Versão Autorrelato (competências adaptativas)

No que concerne às competências adaptativas, os resultados apresentados na tabela anterior, segundo a percepção da própria criança, demonstram melhorias nos valores da autoconfiança que passa de 45% para 94%, embora o valor da autoestima regreda de 39% para 25%, passando de categoria de risco para categoria clínica, o que, estando em conformidade com a situação da fase de testes escolares, é um sinal de que seria necessário mais tempo de intervenção para reforçar esta competência. Não obstante o resultado da autoestima, todas as outras competências mantêm um valor no espectro normativo.

#### **II.4.5 Análise final da intervenção terapêutica**

Após a análise de todo o processo de avaliação e intervenção, concluo que as melhorias notadas na avaliação final, nomeadamente através da BASC - Autorrelato são exemplo da expressão das potencialidades terapêuticas da terapia psicomotora para este caso. Não obstante os resultados reportados pela criança, o mesmo não se verifica através da percepção da mãe. Contudo, sabemos que devido à própria condição patológica materna, a percepção pode estar distorcida, abrindo uma possível lacuna no reconhecimento parental das competências desenvolvidas pela criança. Deste modo, penso que poderia ter sido benéfico trabalhar também com a mãe esta capacidade de interpretar mais positivamente o comportamento e as competências do filho, nomeadamente em relação às questões escolares. Porém, as recomendações deixadas sobre a diminuição da pressão exercida e a redução da carga horária em casa, parecem ter ajudado a organizar uma parentalidade menos controladora, fator importante a desenvolver de acordo com Almeida, Castro, Mendes & Pires (2013), Mattejat, & Remschmidt (2008) e Pedro et al. (2013) em relação a mães depressivas. Em relação aos procedimentos e decisões metodológicas, creio que as escolhas foram sempre adequadas, tendo em conta o perfil e interesse da criança, procurando desenvolver os objetivos terapêuticos através das suas iniciativas, o que envolveu maior capacidade de adaptação e flexibilidade enquanto terapeuta. O único objetivo específico que não fora trabalhado foi “tomar consciência dos diferentes estados tónicos no seu corpo, como sinal de stress”, uma vez que rejeitou momentos de relaxação.

Deste modo, os resultados revelam ter sido cumprido o objetivo geral de reduzir o nível de ansiedade, apesar dos objetivos específicos sobre a consciência dos estados tónicos e da redução do nível de somatização não terem sido atingidos. Os resultados também demonstraram que o objetivo geral de reduzir o nível de depressão também foi cumprido, tal como todos os seus objetivos específicos (Ver [II.4.3.](#)), exceto o desenvolvimento da autoestima, que continua num nível clínico, segundo a avaliação final



da BASC-Autorrelato. Em relação ao objetivo geral de reduzir os problemas de atenção e de hiperatividade, os resultados evidenciam que os problemas de atenção foram ultrapassados, mas que a hiperatividade, avaliada na BASC-Versão Pais, permanece num nível clínico. Apesar disso, os respetivos objetivos específicos (Ver [II.4.3.](#)) foram todos cumpridos com êxito, de acordo com as avaliações finais, o que me leva a levantar a hipótese de haver uma dificuldade da mãe de reconhecer as melhorias evidenciadas ao nível da hiperatividade, tal como conclui anteriormente.

Por fim, gostava de evidenciar que a relação estabelecida com a criança, caracterizada pela aceitação, disponibilidade e reciprocidade, parece ter sido catalisadora para a melhoria acentuada da sua autoconfiança. Para além disso, parece ter sido suporte em situações adversas como os testes escolares e na mediação de conflitos com pares, uma vez que procurámos em sessão dar sentido a todas essas situações em função do perfil ansioso e explorámos várias estratégias para gerir esse *stress* no dia a dia.

#### **II.4.6 Reflexão sobre o Caso em Estudo**

Este tópico serve o propósito de explicar melhor a evolução das sessões ao longo do período de intervenção do Caso em Estudo, enquanto serve também de reflexão sobre a minha atitude de psicomotricista em função das variadas situações ocorridas.

Nas primeiras sessões, o Caso em Estudo entrava, sentava-se e relatava a sua semana durante muito tempo. Interrompia-me quando eu tentava perguntar alguma coisa ou tentava conduzir a conversa para outros assuntos. Ele dominava a conversa, que se focava muito nos aspetos lúdicos e nas atividades que fazia em família. Falava pouco na escola e fugia sempre do assunto. Depois, prosseguíamos sempre para o futebol, que ele propunha sempre, atividade que servia como preparação para a atividade principal, que escolhíamos os dois em conjunto. Nesta fase inicial, as atividades selecionadas tinham pouco cariz simbólico – estavam muito centradas na atividade motora e em jogos desportivos com regras (e.g. raquetas; basquetebol; hóquei). Rejeitava sempre todas as minhas tentativas de tentar dar um fundo simbólico às mesmas. Às tantas, o jogo tornava-se repetitivo e com pouca interação entre nós.

Posto isto, no diálogo inicial decidi que iria tentar aos poucos introduzir o tema escolar e da relação com os pares, valorizando, sobretudo, a iniciativa de conversar também de assuntos mais complicados para ele. A dinâmica nesta fase passou também a ser mais recíproca quando eu passei também a falar de mim, ao dar a minha opinião pessoal em relação ao que me ia contando (e.g. quando ele contou que tinha ido à serra da estrela, eu contava também algumas memórias minhas nesse lugar). Quanto à atividade

escolhida, sugeria fazermos sempre duas em sessão: uma de atividade escolhida por ele e uma atividade escolhida por mim. Deste modo, ele passara a alternar entre futebol, basquetebol e hóquei; e eu ia introduzindo jogos estruturados e pensados para trabalhar as funções executivas (devido às dificuldades evidenciadas ao nível da atenção e impulsividade).

Numa fase intermédia da intervenção, começaram a surgir queixas somáticas (e.g. dores de cabeça e de estômago), nomeadamente em momentos de testes escolares. Era a mãe que as relatava antes da sessão e, numa fase inicial, ele tinha dificuldade em falar-me deste assunto, encolhia os ombros e não falava quando perguntava o que se passava quando tinha estas dores. Aceitei a sua dificuldade em falar e ia dizendo que iríamos um dia falar disso na sessão, quando ele se sentisse mais confortável para tal. A conversa prosseguia para temas mais comuns do dia a dia dele. E, aos poucos, ele foi introduzindo o tema da relação com os pares na escola, que, por vezes, era conflituosa e, outras vezes, era indiferente. Perante os novos acontecimentos, achei apropriado introduzir um momento de relaxação terapêutica, com técnicas mais ativas, para focar o trabalho na consciência dos estados tónicos e, posteriormente, ajudar a mentalizar os momentos de ansiedade que despoletavam as queixas somáticas. Na primeira vez, sugeri uma atividade que envolvia um trabalho respiratório e a alternância entre contrações e descontrações musculares ao nível dos membros inferiores e superiores. Ele aceitou, contudo, teve muita dificuldade em falar sobre o aspeto emocional envolvente. Admitiu que não gostou e, a partir dessa sessão, recusou todas as minhas iniciativas semelhantes, chegando mesmo a chorar numa das vezes quando lhe perguntei por que não queria fazer (recordo que a mãe também relatava choro fácil). Nessa sessão, ele acabou por sair mais cedo devido a uma dor de barriga que lhe surgiu depois do choro. Nesse momento, admito ter refletido bastante acerca do futuro da relação terapêutica e da progressão das sessões, repensado em novas estratégias de mediação. Confesso que os princípios de Axline (1972) e de Santos (2018), baseados em Carl Rogers, foram importantes para ajudar a pensar.

Após esta sessão mais difícil, iniciei a sessão seguinte com a preocupação em perguntar-lhe se estava melhor desde a semana passada e a pedir-lhe desculpas por o ter pressionado. Ele respondera que não tinha sido por minha causa, mas sim devido à dor de barriga. A partir dessa sessão, deixei de propor ideias relacionados com a relaxação e dei-lhe mais liberdade para escolher também a atividade principal, que, aos poucos, foi ganhando um carácter mais criativo – em vez de sugerir jogos “desportivos”, criámos nós histórias que serviam de mote para os jogos. Nesta fase, ele começou também a falar mais sobre as dificuldades na escola, na relação difícil com os professores, que o “obrigavam”

a trabalhar, e também com a mãe que se chateava com ele por causa dos trabalhos de casa. E, pela primeira vez em todo o processo terapêutico, abordámos o tema da ansiedade relacionada com os momentos de avaliação escolar. Na sessão em que falámos mais sobre isso até inventámos um jogo de hóquei onde ele jogava contra o “Sr. Ansiedade”, que era eu, e que o tentava derrotar. Eu dramatizei a personagem e tentei colocar algum stress com o que ia dizendo e fazendo, esforçando-me mesmo para ganhar a partida. No fim, ele admitiu ter gostado muito do jogo, que o fez pensar nos testes como um jogo de futebol – às vezes, precisamos de “sofrer alguns golos para depois darmos a volta ao resultado”.

Por fim, na fase final da intervenção, voltaram as queixas relacionadas com o sono. A mãe associava à fase final do ano escolar, mas ele achava que não era por causa disso. De facto, ele relatava uma lacuna na sua rotina de sono mais recentemente, o que poderia ser justificação para tal. Nesta fase, a professora já lhe garantira a passagem para o 4.º ano e, portanto, ele achava-se mais calmo. As últimas sessões já não tiveram futebol, exceto a última onde ele quis jogar pela última vez naquele ginásio – foram antes dedicadas à criação de um jogo novo, desenvolvido por nós os dois em 3 sessões. Ele quis chamá-lo de “Debaixo da torre” e consistia em tentar acertar em bolas que se deslocavam até uma pilha de bancos (a torre) e ganhava-se pontos se tal acontecesse. O jogo era simples, mas valeu, acima de tudo, pelo gesto de criar algo que pudemos depois considerar “nosso”. Foi o modo como escolhemos nos despedir e terminar as sessões terapêuticas. No fundo, considero que o próprio processo de “criar algo” único, diferente e em conjunto foi para mim uma meta desde o início, uma vez que permitir concretizar um projeto, uma ideia, é, a meu ver, a maior alegria que um adulto pode dar a uma criança – guiá-la num processo de concretização que reforça quem nós somos e que permite explorar os nossos caminhos pessoais. Como terapeuta também aprendi que essa concretização é um sinal claro de que a atitude de um psicomotricista tem este poder. Se esta criança nunca se esquecer desta “nossa criação”, então é porque talvez a relação que estabelecemos os dois deixou alguma marca na sua vida e, sobretudo, no seu processo de cura.

## **II.5 Análise global da evolução dos casos e dos grupos acompanhados**

Numa análise mais global de todo o processo de intervenção no período de estágio, destaco não só os resultados positivos obtidos nas avaliações formais finais dos casos acompanhados em terapias individuais, que constituem uma prova numa dimensão mais científica e rigorosa, principalmente os do Caso em Estudo, onde o processo foi o mais

completo e rigoroso; mas também pela avaliação subjetiva e qualitativa dos casos acompanhados nos vários grupos terapêuticos onde assumi a co-terapia.

Em relação aos casos individuais, a partir dos resultados obtidos, destaco os benefícios de uma relação terapêutica dual no desenvolvimento da autoconfiança, na autorregulação comportamental, na capacidade simbólica, na tolerância à frustração, na redução de sintomas depressivos e de ansiedade, e nos problemas de atenção. Ao ser responsável por conduzir em autonomia todos os seus processos, creio que estes são os resultados terapêuticos obtidos através da minha capacidade de colocar em prática as minhas competências profissionais, mas também pessoais. Em suma, concluo que estes foram os ganhos terapêuticos possíveis e alcançáveis perante a combinação do potencial da própria metodologia da terapia psicomotora com o potencial do meu próprio perfil de terapeuta, não desvalorizando também a influência das próprias capacidades das crianças e do *setting* de intervenção.

Em relação aos grupos, destaco os benefícios terapêuticos da própria condição grupal, tais como o sentimento de pertença, o desenvolvimento de uma cultura e de uma identidade coletiva, que permitem trabalhar a aceitação, a valorização e a esperança, tal como defende Yalom & Lesczc (2008), que se tornam promotores das competências sociais, de comunicação e expressão - fatores de proteção fundamentais numa condição psicopatológica. Cada grupo foi também uma oportunidade para trabalhar uma competência profissional diferente: no grupo psicoeducativo aprendi a **adaptar** programas de intervenção, conferindo-lhe uma dimensão mais vivencial; no grupo expressivo-corporal aprendi a **innovar** as características metodológicas, onde pude explorar e encontrar o ponto comum da terapia psicomotora com o psicodrama - re-ganhar o lugar do corpo que não sabe de si, como afirma Amaral Dias (1993); no grupo de psicodrama, aprendi a encontrar espaço para **aperfeiçoar** a minha competência profissional, alargando o meu conhecimento sobre outras escolas terapêuticas e encontrando o papel do psicomotricista como co-terapeuta nesse mesmo âmbito psicoterapêutico.

Por fim, concluo que o modelo de avaliação e intervenção psicomotora implementado (Ver II.3.5.) foi um dos fatores, para além dos resultados positivos obtidos, que melhor promoveu essa tal referida “experiência clínica positiva”, uma vez que organizou e uniformizou o meu método de trabalho, facilitando depois a análise comparativa. Contudo, é importante referir que o seu carácter estruturado não invalida, perante as circunstâncias, adotar medidas alternativas, tal como me aconteceu no processo da sua implementação, a flexibilidade deve ser uma das suas características. Os instrumentos formais de avaliação envolvidos foram selecionados de acordo com os

estudos e com as práticas psicomotoras descritas na literatura. A sua estrutura foi inspirada no modelo de consulta de pedopsiquiatria e no modelo de entrevista terapêutica praticadas no serviço do HVFX. Deste modo, como este estágio curricular se tratou de uma proposta minha, num serviço onde não existia consultas de terapia psicomotora, o desenvolvimento deste modelo foi um dos objetivos principais para o aprofundamento das minhas competências profissionais, uma vez que exigiu um esforço de convergir, em autonomia, o meu conhecimento teórico com o conhecimento prático em busca de um protocolo de avaliação e intervenção que tornasse o meu trabalho de psicomotricista mais competente e eficaz, para além de seguir uma prática clínica e científica mais rigorosa.

## **II.6 Atividades complementares de formação**

Para além das atividades formais de estágio, já anteriormente abordadas, tive a oportunidade de desenvolver outras iniciativas que complementaram o meu percurso formativo, enriquecendo a minha experiência de estágio e reforçando as competências socioprofissionais e académicas que pretendi desenvolver.

De outubro de 2018 a abril de 2019, integrei a Comissão Organizadora das II Jornadas Científicas de Psicomotricidade – FMH. Assumi funções na equipa de logística e integrei o conselho editorial do livro das I Jornadas Científicas de Psicomotricidade, “A psicomotricidade no século XXI – respostas inovadoras para desafios emergentes”, assumindo funções de edição, revisão de texto e comunicação com os autores. A responsabilidade de criar um evento científico é uma aprendizagem que vai mais além do que a otimização das competências de planeamento e logística, mas também amplia a visão sobre a realidade nacional e internacional da terapia psicomotora, bem com as suas vicissitudes culturais e contemporâneas.

No dia 5 de dezembro, na reunião semanal do serviço de psiquiatria, dinamizei uma apresentação intitulada “A psicomotricidade em pedopsiquiatria – a infância, o corpo e o psiquismo” (Ver Anexo K). Foi uma oportunidade para clarificar as competências profissionais reconhecidas no psicomotricista, as características etimológicas e metodológicas da psicomotricidade e dos seus benefícios terapêuticos. Para além disso, serviu o propósito de me apresentar a todos os profissionais do Unidade Autónoma de Psiquiatria do HVFX.

Em março de 2019, desenvolvi em conjunto com a equipa de pedopsiquiatria uma casuística interna para apresentar em formato e-póster nas VI Jornadas de Saúde – Vila Franca de Xira e Estuário do Tejo, com o tema “Casuística da equipa de pedopsiquiatria, serviço de psiquiatria do HVFX - de abril 2013 a abril de 2019”. Estas análises estatísticas

são importantes porque contribuem para combater a escassez dos estudos epidemiológicos na pedopsiquiatria em Portugal, tal como nos alerta o RRHPIA (2018).

Nos dias 16 e 17 de março de 2019, participei no 24.º Encuentro de la ASSG (Asociación de Sicodrama y Sicoterapia de Grupo), com ligações à escola de Psicodrama de Rojas-Bermúdez, em Sevilha. Esta experiência cultural e científica permitiu-me, acima de tudo, aprofundar o meu interesse e conhecimento sobre as especificidades terapêuticas e as técnicas de intervenção no psicodrama.

Nos dias 5 e 6 de abril de 2019, participei nas VI Jornadas de Saúde – Vila Franca de Xira e Estuário do Tejo, onde estive em exposição o e-póster desenvolvido pela equipa de pedopsiquiatria, e onde pude aprofundar o meu conhecimento sobre as várias opções de intervenção local, a articulação dos serviços públicos de saúde e escolares, nomeadamente as dificuldades mais sentidas pelos profissionais.

Nos dias 12 e 13 de abril de 2019, participei nas II Jornadas Científicas de Psicomotricidade, com o tema “A mediação em psicomotricidade – da vinculação à exploração”, e apresentei no dia 13 a comunicação intitulada “É possível voar de um ninho desfeito? - Mediação comportamental em intervenção psicomotora nos padrões de vinculação insegura” (Ver Anexo L). Esta comunicação resulta de um trabalho de aprofundamento de conhecimentos no âmbito da intervenção psicomotora nos problemas de vinculação, desenvolvido em reuniões de núcleo de estágio na FMH.

Nos dias 21, 22, 23 e 24 de agosto de 2019, participei no 19<sup>th</sup> World Congress of Psychiatry – WPA (World Psychiatry Association), onde apresentei no dia 22 uma comunicação curta intitulada “Psychomotor Intervention on Attachment Disorders” (Ver Anexo M). A participação neste evento permitiu-me atualizar em relação à realidade internacional e aos novos avanços da medicina em psiquiatria, onde destaco uma boa articulação entre saberes neurobiológicos para novas formas de diagnóstico.

Ao longo de todo o período de estágio, participei em reuniões com o meu núcleo de estágio, sob orientação e supervisão do professor Rui Martins, onde pudemos partilhar experiências e conhecimentos, através de apresentações de 3 estudo de caso e também 3 de âmbito mais teórico: “Brincar espontâneo e psicomotricidade”, “Agressividade e oposição” e “Psicomotricidade em pedopsiquiatria”. Para além disso, ainda desenvolvemos material de divulgação da terapia psicomotora, pósteres, brochura e postais, dirigidos a pais e instituições. Acima de tudo, procurámos sempre oportunidades para aprofundar as nossas competências enquanto psicomotricistas em várias áreas de trabalho.

## **II.7 Dificuldades e limitações**

Em relação à experiência de estágio, posso destacar as seguintes dificuldades: desenvolver um programa de intervenção psicomotora que inclua os cuidadores de uma forma mais continuada e integrada; estabelecer os contactos diretos com o contexto escolar para articular informação. E as seguintes limitações: o escasso tempo de intervenção em alguns casos individuais; a incompatibilidade do horário do ginásio, ou dos gabinetes, com o meu horário de estágio; fazer cumprir o modelo de avaliação e intervenção psicomotora implementado para alguns casos, devido a situações adversas muito especiais e inesperadas; impossibilidade de fazer uma análise comparativa de resultados entre casos, devido à ausência de dados das avaliações finais que não foram recolhidos pelas razões já mencionadas; impossibilidade de criar um grupo terapêutico em terapia psicomotora por razões logísticas e restrições colocadas à coordenação da equipa.

## **II.8 Reflexão pessoal sobre a experiência de estágio**

Começo esta minha reflexão, que é a prova final pensada da minha experiência de estágio e também do meu percurso académico, resumindo a ideia de que psicomotricidade é muito mais do que uma área do estudo do corpo e da motricidade, é, sobretudo, a ciência do corpo numa dimensão mais simbólica, como nos indica Fonseca (2010), o corpo-vida que, que revela o psiquismo, que se constrói como o núcleo de ser pessoa, que se assume como parte da humanidade e da cultura - portanto, uma terapia que humaniza.

A terapia psicomotora emerge como um meio campo, convergindo diferentes saberes e várias escolas terapêuticas para explorar e encontrar o processo de cura mais adequado para cada pessoa, assumindo a tendência atual para o ecletismo, que tanto nos fala Gleitman, Gross & Reisberg (2011), explorando os potenciais de cada escola terapêutica. E neste século, onde a proliferação de várias “terapias” colocam em causa o próprio conceito da dimensão científica, é importante que a terapia psicomotora continue a percorrer o caminho de investigação como prática baseada na evidência e afirme a sua identidade própria no decorrer da atividade profissional de cada psicomotricista.

Em pedopsiquiatria, esse processo de cura em terapia psicomotora resume-se num “saber sentir”, num “saber jogar”, num “saber pensar”, num “saber ser”, num “saber amar”. O corpo, o jogo e a relação tornam-se assim nos principais ingredientes para crescer, para aprender a ser também para o outro. Crescer torna-se assim no verbo da cura na infância e na adolescência e, na terapia psicomotora, pretende-se que a criança, ou o jovem, aprenda a situar-se entre um Eu e um Nós, aprenda primeiro a crescer por dentro para ser Eu e que aprenda depois a crescer por fora para ser parte de um Nós. Porque, na verdade,

“*adolescere*” significa crescer, como nos relembram Marcelli & Braconnier (2007), um processo de sucessivas metamorfoses até chegarmos à concretização da nossa própria realização pessoal: sentirmo-nos felizes no nosso corpo-vida, sentirmo-nos (re)aproximados dos objetos, dos outros e do mundo, pegando na ideia de Joly (2007).

Ser psicomotricista é então promover um encontro em cada sessão, onde a criança procura significado para o seu sofrimento, na esperança de que isso a liberte do mesmo. A não-diretividade, defendida por Fonseca (2012a), é a liberdade concedida, a cada momento, à sua expressão corporal, ou seja, à expressão de um sofrimento, de uma patologia. E deixar que uma psicopatologia se expresse é o ponto de partida para que o “corpo doente” deseje esse encontro e que lute por ele. A não-diretividade é saber, sobretudo, guiar com sabedoria, é deixar que o outro dê um passo em frente sem medo de errar e deixar também que dê, se quiser, um passo atrás sem medo de se perder. Como psicomotricista é importante conhecer bem esses passos, os seus ritmos próprios, escutá-los e aceitá-los, ajudar a dar-lhes um significado palpável que possa ser “jogado”, “brincado”, “dramatizado” e, acima de tudo, “mentalizado”.

Por fim, gostaria de deixar uma nota sobre a própria concepção de doença mental, recordando Martins (1999) que defende que o termo “psicopatologia” expressa um significado para além do “sofrimento de alma”, fala-nos de um sofrimento próprio da condição humana. A terapia psicomotora presta um serviço de saúde mental que contribui para tomar consciência do preconceito que ainda está intimamente ligado à doença mental, tentando reduzir o grande fosso irrealista que se teima em traçar entre a “normalidade” e a “doença”, combatendo a discriminação e promovendo a aceitação de que a psicopatologia tem o seu lado adaptativo, se considerarmos os comportamentos patológicos como movimentos de defesa, embora exagerados, no decorrer da vida humana.



## **Conclusão e considerações finais**

Termino este meu documento concluindo sobre os seguintes tópicos: análise pessoal ao estado da arte da saúde mental em relação à sua epidemiologia, legislação e prestação de serviços; análise à dinâmica de trabalho desenvolvido no local de estágio, bem como sugestões de medidas a implementar para melhorar a sua eficácia; a evolução pessoal durante a experiência de estágio; a minha identidade de psicomotricista e o papel desempenhado na equipa terapêutica; a importância do primeiro ano de estudos no mestrado como suporte teórico prévio; e, por fim, o cumprimento dos objetivos do estágio

Primeiramente, recordamos que a psicopatologia se tornou na principal causa mundial de incapacidade e de dependência psicossocial e Portugal já é o segundo país da Europa com maior incidência (Estudo Epidemiológico Nacional De Saúde Mental, 2013; PNSM, 2017; Xavier et al., 2013). De facto, nos últimos anos, os relatórios nacionais e a legislação portuguesa têm contribuído para a atualização e viabilização de uma estratégia nacional na prestação de serviços de saúde mental cada vez mais próxima da realidade, com metas bem definidas e contemplando o trabalho em equipa multidisciplinar, articulada com entidades envolvidas no contexto sociocultural da criança/jovem, tal como defendem Marques (2014), Mendo Jorge (2014) e Monteiro (2014a). Mas, muitas vezes, como refere o RRHPIA (2018), o problema começa na falta de recursos técnicos na pedopsiquiatria, no qual destaco a escassez de psicomotricistas nas equipas, recomendação feita recentemente pelo RRHPIA (2018).

Deste modo, considero que a equipa de pedopsiquiatria do HVFX, desenvolve um trabalho que se coaduna com um futuro mais promissor no âmbito diagnóstico e terapêutico em saúde mental, prestando o serviço de acordo com a legislação vigente e com as recomendações nacionais e internacionais. O hospital e o serviço são recentes e, portanto, a ampliação dos recursos humanos e materiais tem sido um caminho assumido pela Unidade Autónoma de Psiquiatria e pela pedopsiquiatria, em busca de um serviço inovador de excelência à população atendida, indo ao encontro da missão do hospital (HVFX, 2018). Mais recursos humanos assegurariam mais eficácia no tempo de espera para consulta, uma melhor divisão de tarefas internas entre os técnicos, criando mais opções terapêuticas, mais oportunidades de articulação com as entidades da comunidade envolvidas, mais momentos de formação, de supervisão e de investigação científica.

Por outro lado, creio que o trabalho que desenvolvi com a equipa de pedopsiquiatria foi um valor acrescentado à estrutura terapêutica, ajudando a abrir caminho também à reflexão e à consideração da importância da prática da psicomotricidade na mesma.

Podemos assumir que no panorama nacional deste contexto, revelado pelo RRHPIA (2018), a valência da terapia psicomotora é ainda a exceção e não a regra, e apesar da sua ausência parecer não comprometer à primeira vista o bom funcionamento das equipas, considero que aquelas que procuraram ser exceção encontraram a novidade. Creio que a integração da valência da psicomotricidade em qualquer instituição, seja ela ou não do contexto hospitalar, deve requerer dois movimentos paralelos, duas aprendizagens diferentes: o psicomotricista deve procurar uma identidade comum à equipa terapêutica e, por outro lado, deve procurar uma identidade própria, diferenciadora e inovadora dentro da equipa. No fundo, é encontrar um lugar comum na equipa, mas que traga inovação e novidade na metodologia de avaliação e intervenção – esse é o lugar da terapia psicomotora. Deste modo, penso que teoricamente conseguimos alargar os horizontes sobre o tratamento da criança quando cruzamos várias áreas no trabalho da equipa, criando propostas terapêuticas complementares, mais diversificadas, adequadas e eficazes. Sinto que a equipa de pedopsiquiatria do HVFX compreendeu a pertinência da metodologia da psicomotricidade, valorizou o perfil de competências do psicomotricista e a riqueza multidisciplinar que se ganha ao integrá-lo na sua dinâmica de trabalho de avaliação e, sobretudo, de intervenção. Neste sentido, tracei à partida como objetivo principal demonstrar uma “experiência clínica positiva” com o meu trabalho de estágio, reiterando o fundamento que o RRHPIA (2018) usa para recomendar um psicomotricista no contexto deste serviço hospitalar: pela “experiência clínica positiva”.

Em relação à importância do primeiro ano deste ciclo de estudos, considero que as unidades curriculares conduziram a progressiva construção profissional e pessoal que integraram, sobretudo, conhecimentos específicos no âmbito da prática clínica, nos seus domínios de avaliação e intervenção. Destaco principalmente a disciplina de Avaliação e Intervenção em Saúde Mental que me motivou e me preparou melhor para o contexto de intervenção de estágio. Esta experiência de dois anos serviu também o propósito de promover o meu crescimento pessoal, como expliquei nas reflexões anteriores, alimentando a vontade de continuar a percorrer este caminho de especialização profissional, colocando-me na luta da sociedade contra a doença mental e na promoção de práticas de prevenção e intervenção.

Por fim, em relação aos objetivos do estágio, referidos na Introdução, considero que os mesmos foram cumpridos, uma vez que desenvolvi a capacidade de coordenar e prestar um contributo inovador para o serviço, implementando práticas e enquadrando a identidade profissional do psicomotricista na equipa, numa vertente científica de avaliação e intervenção da terapia psicomotora.

## Referências

- Abreu-Afonso, J. & Neto, I. M. (2018). Grupoanálise e psicoterapia analítica de grupo. In Leal, I. (Ed.), *Psicoterapias* (pp. 31-45). Lisboa: Lidel – Edições Técnicas.
- Abreu-Afonso, J. & Oliveira, R. A. (2018). A psicanálise. In Leal, I. (Ed.), *Psicoterapias* (pp. 31-45). Lisboa: Lidel – Edições Técnicas.
- Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E. & Wall, S. N. (2015). *Patterns of Attachment: A Psychological Study of the Strange Situation*. New York: Routledge – Taylor & Francis Group.
- Ajuriaguerra, J. (1996). *Manual de psiquiatria infantil – cuarta edición*. Barcelona: Masson, S.A.
- Akasha, S. & Frimodt, L. (2003). La Psicomotricidad en Dinamarca. *A Psicomotricidade*, 1 (2), 41-48.
- Alexandre, M. (2007). Violência na escola ou as dificuldades da regulação das relações de dominância no grupo escolar. In *Construção e reparação da vida psíquica no meio escolar: Actas do IV Encontro “Centro Doutor João dos Santos – Casa da Praia”*. (pp. 73-76). Lisboa: Centro Doutor João dos Santos – Casa da Praia.
- Almeida, G. (2005). O espaço do psicomotricista numa equipa de saúde mental infantil. *A psicomotricidade*, 6, 56-64.
- Almeida, S., Castro, F., Mendes, A. & Pires, P. (2013). Depressão materna e psicopatologia na primeira infância – classificação diagnóstica dc:0-3R. *Revista Portuguesa de Pedopsiquiatria*, 35, 31-52.
- Amaral Dias, C. (1993). *Palcos do imaginário*. Lisboa: Fenda.
- APA (2002). *Developing Adolescents: A Reference for Professionals*. Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services.
- APA (2013). *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (5.ª Edição)*. Porto Alegre: Artmed.
- Araújo, A., Afonso, M. H. & Beirão, J. (2014). “Tu não te sabes sentar aí!” – Reflexão acerca do brincar. *Revista portuguesa de pedopsiquiatria*, 37, 7-20.
- Associação Portuguesa de Psicomotricidade [APP]. (2011). *Regulamento Profissional dos Psicomotricistas Portugueses*. Retirado de: <https://www.appsicomotricidade.pt/wp-content/uploads/2017/07/Regulamento-Profissional-dos-Psicomotricistas.pdf>
- Aucouturier, B. (2010). *Dificuldades do comportamento e aprendizagem*. Lisboa: Coisas de Ler e Trilhos Editora.
- Axline, V. M. (1972). *Ludoterapia*. Minas Gerais: Interlivros de Minas Gerais Ltda.
- Ballouard, C. (2011). *L'Aide-mémoire de psychomotricité - 2e édition*. Paris: DUNOD.
- Barlow, F.K. (2019). Nature vs. nurture is nonsense: On the necessity of an integrated genetic, social, developmental, and personality psychology. *The Australian Psychological Society*, 71(1) 1–12. <https://doi.org/10.1111/ajpy.12240>.
- Barrias, P. (2014). Perturbações disruptivas do comportamento e de défice de atenção. In Monteiro, P. (ed.). *Psicologia e psiquiatria da infância e a adolescência* (pp. 115-136). Lisboa: Lidel – Edições Técnicas.
- Barrias, P., Filipe, C. N., Santos, C., Oliveira, G., Santos, I., Grujo, M. & Freitas, P. (2017). Abordagem terapêutica na perturbação de hiperatividade com défice da atenção em idade pediátrica. *Revista portuguesa de pedopsiquiatria*, 41, 91-109.

- Beauchaine, T. P. & Klein, D. (2017). Classifying Psychopathology – the DSM, empirically based taxonomies, and the research domain criteria. In Beauchaine, T. P. & Hinshaw, S. P. (Eds.), *Child and Adolescent Psychopathology* (Third Edition). New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.
- Becker, E. & Leurquin, F. (2010). L'impact des maltraitances physiques infantiles. *Annales Medico-Psychologiques*, 168, 746-751. doi:10.1016/j.amp.2009.06.022.
- Beirão, J. (2009). À volta da prevenção da ansiedade e da depressão. *Revista Portuguesa de Pedopsiquiatria*, 26, 19-31.
- Belsky, J., Jonassaint, C., Pluess, M., Stanton, M., Bummett, B. & Williams, R. (2009). Vulnerability genes or plasticity genes? *Molecular Psychiatry*, 14, 746-754. doi: 10.1038/mp.2009.44.
- Benavente, R. & Justo, J. (2008). As perturbações da vinculação. *Revista Portuguesa de Pedopsiquiatria*, 24, 49-82.
- Benavides, D. S., Pinto, A. G. A, Cavalcante, C. M. & Jorge, M. S. B. (2010). Cuidado em saúde mental por meio de grupos terapêuticos de um hospital-dia: perspectivas dos trabalhadores de saúde. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 14 (32), 127-138. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832010000100011>.
- Berger, M. & Arrizabalaga, A. (2014). Enfant violent : clinique, prévention, prise en charge. *EMC – Psychiatrie/Pedopsychiatrie*, 11 (1), 1-10. doi: 10.1016/S02461072(13)63388-X
- Berger, M. (2001). *A criança instável*. Lisboa: Climepsi editores.
- Berman, W. H. & Sperling, M. B. (1994). The structure and function of adult attachment. In Sperling, M. B. & Berman, W. H. (eds), *Attachment in Adults: Clinical and Developmental Perspectives* (pp.1-25). New York: The Guildford Press.
- Bootzin, R. R., Manber, R., Loewy, D. H., Kuo, T. F. & Franzen, P. L. (2002). Methodological Issues in Clinical Diagnosis. In Sutker, P. B. & Adams, H. E., *Comprehensive Handbook of Psychopathology* (3rd Edition, pp. 713-748). New York: Kluwer Academic Publishers.
- Boscaini, F. (1997). Una lectura psicomotora de la inestabilidad: características, significado y terapia. *Psicomotricidad, Revista de estudios e experiencias*, 56, 7-22.
- Boscaini, F. & Saint-Cast, A. (2010). L'expérience émotionnelle dans la relation psychomotrice. *Enfances & Psy*, 4 (49), 78-88. doi: 10.3917/ep.049.0078
- Bowlby, J. (1982). *Attachment and loss - volume I* (2nd Edition). USA: Perseus Books Group.
- Braconnier, A. (2000). *Psicologia dinâmica e psicanálise*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Branco, M. E. C. (2000). *Vida, pensamento e obra de João dos Santos*. Lisboa: Livros Horizontes.
- Bronfenbrenner, U. (2005). *Making Human Beings Human: Bioecological Perspectives on Human Development*. New York: SAGE.
- Bronfenbrenner, U. & Morris, P. A. (2007). Chapter 14 - The Bioecological Model of Human Development. In Lerner, R. M. (ed.), *Handbook of Child Psychology* (Sixth Edition, vol.1, pp. 795-813). New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.
- Brown, S.A., Tomlinson, K. & Winward, J. (2013). Substance Use Disorders in Adolescence. In Beauchaine, T. P. & Hinshaw, S. P. (Eds), *Child and Adolescent Psychopathology* (2nd edition, pp. 489-502). New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.
- Bunker, L. (1991). The Role of Play and Motor Skill Development in Building Children's Self-Confidence and Self-Esteem. *The Elementary School Journal*, 91 (5), 467-471.

- Cabral, F. S. (2014). Psicoterapia psicanalítica de grupo no período de latência (grupos de jogo livre e grupos de pintura livre). In Monteiro, P. (ed.). *Psicologia e psiquiatria da infância e a adolescência* (pp. 461-474). Lisboa: Lidel – Edições Técnicas.
- Caldeira da Silva, P. (2014). Primeira Infância. In Monteiro, P. (ed.). *Psicologia e psiquiatria da infância e a adolescência* (pp.59-80). Lisboa: Lidel – Edições Técnicas.
- Carr, A. (2005). *The Handbook of Child and Adolescent Clinical Psychology – a contextual approach*. New York: Taylor & Francis e-Library.
- Carreira, A. & Correia, A. (2011). Unidade de cuidados a tempo parcial para crianças com problemas do comportamento. *Revista Portuguesa de Pedopsiquiatria*, 31, 7-15.
- Carvalho, J. (2005). Terapia Psicomotora em Contexto Hospitalar. *A Psicomotricidade*, 6, 73-78.
- Cassidy, J. (2008). Chapter 1. – The nature of the child's ties. In Cassidy, J. & Shaver, P. R. (Eds.), *Handbook of Attachment, Second Edition: Theory, Research, and Clinical Applications* (Second Edition). New York: The Guildford Press.
- Cattanach, A. (2003). *Introduction to Play therapy*. United Kingdom: Taylor & Francis Ltd.
- Clark, L.A., Cuthbert, B., Lewis-Fernández, R., Narrow, W.E. & Reed, G.M. (2017). Three Approaches to Understanding and Classifying Mental Disorder: ICD-11, DSM-5, and the National Institute of Mental Health's Research Domain Criteria (RDoC). *Psychological Science in the Public Interest*, 18 (2), 72-145. <https://doi.org/10.1177/1529100617727266>
- Coimbra de Matos, A. (2002). *Adolescência*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Compas, B. E. & Andreotti, C (2013). Risk and Resilience in Child and Adolescent Psychopathology - Processes of Stress, Coping, and Emotion Regulation. In Beauchaine, T. P. & Hinshaw, S. P. (Eds), *Child and Adolescent Psychopathology (2nd edition)* (pp. 143-170). New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.
- Constant, J. (2007). Un métissage en quête d'identité: pédopsychiatrie et psychomotricité. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 55, 87-92.
- Correia, T. (2014). Perturbações do humor na infância. In Monteiro, P. (ed.). *Psicologia e psiquiatria da infância e a adolescência* (pp. 305-320). Lisboa: Lidel – Edições Técnicas.
- Costa, J. (2008). *Um olhar sobre a criança: Psicomotricidade Relacional*. Lisboa: Trilhos Editora.
- Costello, E. J., Angold, A., Burns, B. J., Stangl, D. K., Tweed, D. L., Erkanli, A., et al. (1996). The Great Smoky Mountains Study of youth: Goals, design, methods, and the prevalence of DSM-III-R disorders. *Archives of General Psychiatry*, 53, 1129-1136.
- Countermeine, M. S. & Teti, D. M. (2010). Sleep arrangements and maternal adaptation in infancy. *Infant Mental Health Journal*, 31 (6), 647-663. <https://doi.org/10.1002/imhj.20276>
- Damásio, A. R. (1995). *O erro de Descartes – emoção, razão e cérebro humano*. Mem Martins: Publicações Europa-América, Lda.
- Decreto-Lei n.º 127/92. Ministério da Saúde. *Diário da República, Série I-A – n.º 151- 3 de julho de 1992*, 3168 - 3170.
- Decreto-Lei n.º 304/2009. Ministério da Saúde. *Diário da República, Série I - n.º 205 - de 22 de outubro de 2009*, 7933 – 7941.
- Decreto-Lei n.º 36/98. Assembleia da República. *Diário da República — Série I-A n.º 169 de 24 de julho de 1998*, 3544 - 3550.

- Dias, P. & Lima, V. S. (2014). Avaliação psicológica clínica de crianças e adolescentes: aspetos conceptuais, empíricos e práticos. In Monteiro, P. (ed.). *Psicologia e psiquiatria da infância e a adolescência* (pp. 45-58). Lisboa: Lidel – Edições Técnicas.
- Emck, C. (2004). O funcionamento psicomotor em crianças com perturbações mentais. *A psicomotricidade*, 3, 67-75.
- Encarnação, R., Moura, M., Gomes, F. & Caldeira da Silva, P. (2011). Caracterização dos casos observados numa equipa de psiquiatria da infância e adolescência - um estudo retrospectivo. *Acta Médica Portuguesa*, 24 (6), 925-934.
- Estudo Epidemiológico Nacional De Saúde Mental (2013). *Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Nova de Lisboa, com a colaboração do CESOP (Universidade Católica Portuguesa)*. Lisboa: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Nova de Lisboa. Retirado de [http://www.fcm.unl.pt/main/alldoc/galeria\\_imagens/Relatorio\\_Estudo\\_Saude-Mental\\_2.pdf](http://www.fcm.unl.pt/main/alldoc/galeria_imagens/Relatorio_Estudo_Saude-Mental_2.pdf)
- European Forum of Psychomotricity [EFP]. (2012). *Psychomotrician Professional Competences in Europe*. Retirado de: [http://psychomot.org/documentsinventory/professional\\_competences\\_2012.pdf](http://psychomot.org/documentsinventory/professional_competences_2012.pdf)
- Faculdade de Motricidade Humana – Universidade de Lisboa [FMH-UL] (2018). Actividade de Aprofundamento de Competências Profissionais. Retirado a 08-jul-19 de: <http://www.fmh.ulisboa.pt/pt/mestrados/reabilitacao-psicomotora/plano-de-estudos/item/1358-9212403?pl=3&rm=1>.
- Ferraz, I., Von Doellinger, O. & Coelho, R. (2014). Psicoterapia Psicodinâmica: Uma Perspetiva Neurobiológica. *Psílogos*, 12 (2), 54-65.
- Ferronha, J. C. (2014). O papel do pedopsiquiatra na saúde mental da infância. In Monteiro, P. (ed.). *Psicologia e psiquiatria da infância e a adolescência* (pp. 563-588). Lisboa: Lidel – Edições Técnicas.
- Figueiras, K. & Freitas, C. (2017). Psicomotricidade e saúde mental infantil e juvenil – Caraterização de uma consulta de psicomotricidade integrada num serviço de pedopsiquiatria. *Revista Portuguesa de Pedopsiquiatria*, 41, 41-58.
- Fonseca, V. (2010). *Manual de observação psicomotora – significação psiconeurológica dos seus fatores*. Lisboa: Âncora Editora.
- Fonseca, V. (2012a). *Terapia psicomotora: estudos de caso - da caracterização à intervenção*. Lisboa: Âncora editora.
- Fonseca, V. (2012b). *Psicomotricidade e Neuropsicologia - Uma abordagem evolucionista*. Lisboa: Âncora editora.
- Freeman, A., Felgoise, S. H., Nezu, A. M., Nezu, C. M. & Reinecke, M. A. (2005). *Encyclopedia of Cognitive Behavior Therapy*. New York: Springer.
- Freitas, P. P. & Malpique, C. (2014). Entrevista clínica em pedopsiquiatria. In Monteiro, P. (ed.). *Psicologia e psiquiatria da infância e a adolescência* (pp. 15-23). Lisboa: Lidel – Edições Técnicas.
- Frick, P. J. & Kimonis, E. R. (2008). Externalizing Disorders of Childhood. In Maddux, J. E. & Winstead, B. A. (Eds), *Psychopathology – Foundations for a contemporary understanding* (Second Edition, pp. 349-374). New York: Routledge.
- Garb, H. N. Lilienfeld, S. C. & Fowler, K. A. (2008). Psychological Assessment and Clinical Judgment. In Maddux, J. E. & Winstead, B. A. (Eds), *Psychopathology – Foundations for a contemporary understanding* (Second Edition, pp. 103-124). New York: Routledge.



- Gleitman, H., Gross, J. & Reisberg, D. (2011). *Psychology (Eighth Edition)*. New York: W.W.Norton & Company, Inc
- Golse, B. (2002). *Do corpo ao pensamento*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Green, H., McGinnity, A., Meltzer, H., Ford, T., Goodman, R. (2004). *Mental Health of Children and Young People in Great Britain*. London: Office For National Statistics.
- Guedeney, A. (2004). A teoria da vinculação: a história e as personagens. In Guedeney, N. & Guedeney, A. (Eds.), *Vinculação – conceitos e aplicações* (pp.25-28). Lisboa: Climepsi Editores.
- Guimarães, S., Frazão, A., Melo, M., Duarte, S. & Toledo, S. (2016). O corpo do psicomotricista: do corpo agido e vivido ao corpo relacional e terapêutico. *A psicomotricidade*, 19, 47-65.
- Heinström, J. (2010). *From Fear to Flow - Personality and Information Interaction*. United Kingdom: Chandos Publishing.
- Heleno, A., Fernandes, F., Azevedo, G., Silva, M., Pratas, M. & Santos, S. (2017). A Intervenção Psicomotora em Portugal: Revisão Sistemática. *A Psicomotricidade*, 20, 112-144.
- Hermant, G. (2003). (Psicomotricidad) PM en el Mundo Histórica, Realidad y Futuro de la Profesión Específica de Psicomotricidad, Enfoque de la Escuela Francesa. *A Psicomotricidade*, 1 (1), 47-56.
- Hesapcioglu, S. T., Ceylan, M. F., Erdogan, B., Kandemir, G & Cop, E. (2017). Which psychiatric symptoms of the mother are related with preeschool child's emotional and behavioral problems? *Dusunen Adam The Journal of Psychiatric and Neurological Sciences*, 30 (1), 6-14. doi: 10.5350/DAJPN2017300101
- Holter, G. (2004). Psicomotricidade e psicoterapia: semelhanças e diferenças. *A psicomotricidade*, 3, 105-114.
- Holter, G. (2006). Supervisão da intervenção psicomotora em doentes psiquiátricos. *A psicomotricidade*, 8, 9-23.
- Hospital de Reynaldo dos Santos (2009). *Hospital de Reynaldo dos Santos, Passado, Presente e Futuro*. Vila Franca de Xira: Nobre Brindes Lda.
- Hospital Vila Franca de Xira [HVFX] (2018). Sobre. Retirado a 10-12-18 de: <https://www.hospitalvilafrancadexira.pt/>
- Ingram, R. & Smith, L. T. (2008). Mood Disorders. In Maddux, J. E. & Winstead, B. A. (Eds), *Psychopathology – Foundations for a contemporary understanding* (Second Edition, pp. 171-198). New York: Routledge.
- Joly (2007). Le sens des thérapies psychomotrices en psychiatrie de l'enfant. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 55, 73-86.
- José-Gonzalez, A. (2018). Psicodrama: uma psicoterapia da ação. In Leal, I. (Ed.), *Psicoterapias* (pp. 275-299). Lisboa: Lidel – Edições Técnicas.
- Karp, M. (2005). An introduction to psychodrama. In Karp, M., Holmes, P. & Tauvon, K. B. (Eds), *The Handbook of Psychodrama*. New York: Routledge.
- Kishimoto, T. M. (1998). *O brincar e suas teorias*. São Paulo: Pioneira.
- Klein, D. N., Kujawa, A. J., Black, S. R. & Pennock, A. T. (2013). Depressive Disorders. In Beauchaine, T. P. & Hinshaw, S. P. (Eds), *Child and Adolescent Psychopathology* (2nd edition, pp.543-575). New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.
- Leal, I. (2018). Psicoterapias: teorias e percursos. In Leal, I. (Ed.), *Psicoterapias* (pp. 1-25). Lisboa: Lidel – Edições Técnicas.

- Lei de Bases para a promoção da saúde mental: Lei n.º 2118. Presidência da República. *Diário do Governo, I série- número 79* – 3 de abril de 1963, 327 - 332.
- Lobo Antunes, N. (2009). *Mal-entendidos* (3.ª edição). Lisboa: Veros de Kapa.
- Lontro, F. (2006). A psicomotricidade na unidade de psiquiatria da infância e adolescência do hospital José Joaquim Fernandes, Beja. *A psicomotricidade*: 8, 89-94.
- Lotfi Azimi, A., Vaziri, S. & Lotfi Kashani, F. (2012). Relationship between maternal parenting style and child's aggressive behaviour. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 69, 1276 – 1281. doi: 10.1016/j.sbspro.2012.12.062
- Maddux, J. E., Gosselin, J. T. & Winstead, B. A. (2008). Conceptions of Psychopathology: A Social Constructionist Perspective. In Maddux, J. E. & Winstead, B. A. (Eds), *Psychopathology – Foundations for a contemporary understanding* (Second Edition, pp. 3-18). New York: Routledge.
- Malpique, C. & Freitas, P. P. (2014). O valor do sintoma em pedopsiquiatria: orientação terapêutica. In Monteiro, P. (ed.). *Psicologia e psiquiatria da infância e a adolescência* (pp. 25-30). Lisboa: Lidel – Edições Técnicas.
- Malpique, C. & Pinto de Freitas, P. (2014). Terapias psicodinâmicas e psicoterapia psicanalítica de grupo no período de latência – psicoterapias psicodinâmicas. In Monteiro, P. (ed.). *Psicologia e psiquiatria da infância e a adolescência* (pp. 455-460). Lisboa: Lidel – Edições Técnicas.
- Marcelli, D. (2005). *Infância e psicopatologia*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Marcelli, D. & Braconnier, A. (2007). *Adolescência e psicopatologia* (6.ª edição). Porto Alegre: Artmed.
- Marques, C. (2009). A saúde mental infantil e juvenil nos cuidados de saúde primários – avaliação e referenciação. *Revista portuguesa de Clínica Geral*: 25, 560-575.
- Marques, C. (2014). Rede de cuidados de saúde mental infantil e juvenil. In Monteiro, P. (ed.). *Psicologia e psiquiatria da infância e a adolescência* (pp. 551-562). Lisboa: Lidel – Edições Técnicas.
- Marques, C. & Cepêda, T. (2009). *Recomendações para a prática clínica da saúde mental infantil e juvenil nos cuidados de saúde primários*. Lisboa: Coordenação Nacional para a saúde mental. Retirado de: <https://www.dgs.pt/accao-de-saude-para-criancas-e-juvenis-em-risco/ficheiros-externos/pub-saude-mentalrecomendacoes-para-a-pratica-clinica-1-pdf.aspx>
- Marques, M. & Sanchez, J. (2014). Psicofarmacoterapia. In Monteiro, P. (ed.). *Psicologia e psiquiatria da infância e a adolescência* (pp. 513-528). Lisboa: Lidel – Edições Técnicas.
- Martins, A. R., Duarte, S & Martins, R. (2019). Depressão na criança: um problema de comunicação na dinâmica entre a perda e a esperança. In Martins, R & Simões, C. (Eds), *A psicomotricidade no século XXI – respostas inovadoras para desafios emergentes* (pp. 63-74). Lisboa: Universidade de Lisboa – Faculdade de Motricidade Humana.
- Martins, F. (1999). O que é phatos? *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 2 (4), 62-80. <http://dx.doi.org/10.1590/1415-47141999004005>.
- Martins, R. (2001). A Relaxação Psicoterapêutica no Contexto da Saúde Mental: o corpo como ponte entre a emoção e a razão. In V. Fonseca & R. Martins (Eds.). *Progressos em Psicomotricidade* (pp. 95-108). Lisboa: Edições FMH.
- Martins, R. (2015). O corpo como primeiro espaço de comunicação: o diálogo tónico emocional no nascimento da vida psíquica. *Psílogos*, 13 (1), 34-43.



- Martins, R. (n.d.). *Grelha de Observação Comportamental*. Faculdade de Motricidade Humana. (documento não publicado).
- Martins, R., Milheiro, G. & Garrido, J. (2006). Etiopatogenia da depressão na infância e adolescência. *Revista Portuguesa de Pedopsiquiatria*, 21, 83-98.
- Mattejat, F. & Remschmidt, H. (2008). The Children of Mentally Ill Parents. *Deutsches Ärzteblatt International*, 105 (23), 413-418.
- Maximiano, J. (2004). Psicomotricidade e relaxação em psiquiatria. *PsiLogos*, 1, (2), 69-76. Retirado de: <http://repositorio.hff.min-saude.pt/handle/10400.10/6>
- McClure, E. B., Brennan, P. A., Hammen, C. & Le Brocque, R. M. (2001). Parental Anxiety Disorders, Child Anxiety Disorders, and the Perceived Parent-Child Relationship in an Australian High-Risk Sample. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 29 (1): 1-10. doi: 10.1023/A:1005260311313
- McConaughy, S. H. (2005). *Clinical Interviews for Children and Adolescents Assessment to Intervention*. New York: The Guilford Press.
- Mendo Jorge, M. (2014). Pedopsiquiatria e justiça. In Monteiro, P. (ed.). *Psicologia e psiquiatria da infância e a adolescência* (pp. 543-550). Lisboa: Lidel – Edições Técnicas.
- Menezes, I. C., Baes, C. V. W., Lacchini, R. & Juruena, M. F. (2019). Genetic biomarkers for differential diagnosis of major depressive disorder and bipolar disorder: A systematic and critical review. *Behavioural Brain Research*, 357-358 (14), 29-38. <https://doi.org/10.1016/j.bbr.2018.01.008>
- Merleu-Ponty, M. (1999). *Fenomenologia da percepção*. São Paulo: Livraria Martins Fontes Editora Ltda.
- Mikic, N. & Terradas, M. (2014). Mentalization and attachment representations: A theoretical contribution to the understanding of reactive attachment disorder. *Bulletin of the Menninger Clinic*: 78(1), 34-56. doi: 10.1521/bumc.2014.78.1.34
- Miljkovitch, R. (2004). A vinculação ao nível das representações. In Guedeney, N. & Guedeney, A. (Eds.), *Vinculação – conceitos e aplicações* (pp.45-53). Lisboa: Climepsi Editores.
- Monteiro, P. (2014a). Introdução. In Monteiro, P. (ed.). *Psicologia e psiquiatria da infância e a adolescência* (pp. 1-8). Lisboa: Lidel – Edições Técnicas.
- Monteiro, P. (2014b). Perturbações psicóticas: esquizofrenia. In Monteiro, P. (ed.). *Psicologia e psiquiatria da infância e a adolescência* (pp. 263-288). Lisboa: Lidel – Edições Técnicas.
- Monteiro, P. & Confraria, L. (2014). Adolescência. In Monteiro, P. (ed.). *Psicologia e psiquiatria da infância e a adolescência* (pp. 339-358). Lisboa: Lidel – Edições Técnicas.
- Monteiro, P. & Santos, M. C. (2014). Intervenções terapêuticas: psicoterapias. In Monteiro, P. (ed.). *Psicologia e psiquiatria da infância e a adolescência* (pp. 433-454). Lisboa: Lidel – Edições Técnicas.
- Moreira, R. (2014). O consumo de substâncias na adolescência. In Monteiro, P. (ed.). *Psicologia e psiquiatria da infância e a adolescência* (pp. 359-382). Lisboa: Lidel – Edições Técnicas.
- Morris, A. S., Silk, J. S., Steinberg, L., Myers, S.S. & Robinson, L. R. (2007). The role of the family context in the development of emotion regulation. *Social Development*, 16 (2), 361-388. doi: 10.1111/j.1467-9507.2007.00389.x
- Moura, M., Araújo, A., Fernandes, A. L., Oliveira, A. S., Ribeiro, J. P., Rogério, F. & Azevedo, G. (2019, abril). *Casuística da equipa de pedopsiquiatria, serviço de psiquiatria do Hospital de Vila Franca de Xira - de abril 2013 a abril de 2019*. Póster apresentado nas VI Jornadas da Saúde do Hospital de Vila Franca de Xira.

- Moura, M., Araújo, A., Oliveira, A.S., Ribeiro, J. P. & Rosa, C. (2018). Psicopatologia na Infância: Levantamento Epidemiológico. *Gazeta Médica*, 1 (5), 4-12. <https://doi.org/10.29315/gm.v5i1.135>
- Moura, M., Oliveira, A. S. & Ribeiro, J. P. (2016). *Ontem, hoje e amanhã - O Trabalho da Equipa de Pedopsiquiatria do Hospital de Vila Franca de Xira – Intervenção em contexto de Terapêuticos*. <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/13730/1/APPIA%20%20O%20ontem,%20o%20Hoje%20e%20o%20amanhã.pdf>
- Muskin, P. R. & Holoschitz, Y. (2015). Chapter 36 - Physical Signs and Symptoms. In Tasman, A., Kay, J., Lieberman, J.A., First, M. B. & Riba, M. B. (Eds.), *Psychiatric* (4<sup>th</sup> Ed., Vol. 2, pp. 584-596). New York: John Wiley & Sons, Ltd.
- Newland, R., Parade, S., Dickstein, S. & Seifer, R. (2016). The association between maternal depression and sensitivity: child-directed effects on parenting during infancy. *Infant behavior & development*, 45, 47-50.
- Novais, R. (2004). Psicomotricidade e relaxação na equipa de Sintra do Hospital Miguel Bombarda. *A psicomotricidade*, 4, 103-111.
- Oltmanns, J. R. & Widiger, T.A. (2017). A Self-Report Measure for the ICD-11 Dimensional Trait Model Proposal: The Personality Inventory for ICD-11. *Psychological Assessment*, 30(2), 154-169. <http://dx.doi.org/10.1037/pas0000459>
- Onofre, P. (2003). A importância da dinâmica grupal na Psicomotricidade da criança – Um ensaio para uma estratégia de intervenção educo-terapêutica para que a criança comece a adquirir noção da sociabilidade, da criatividade e da aprendizagem em grupo. *A Psicomotricidade*, 1(1), 37-41.
- Organização das Nações Unidas [ONU]. (2013). *Comprehensive mental health action plan 2013–2020*. Retirado de [http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA66/A66\\_R8-en.pdf?ua=1](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66/A66_R8-en.pdf?ua=1)
- Paiva, T. (2008). *Bom sono, boa vida*. Lisboa: Oficina do Livro.
- Palha, A. & Marques-Teixeira, J. (2012). The emergence of psychiatry in Portugal: From its roots to now. *International Review of Psychiatry*, 24(4), 334–340. doi: 10.3109/09540261.2012.695279
- Palha, F. & Costa, N. (2015). *Trajetórias pelos cuidados de saúde mental. Parte I – O processo de “desinstitucionalização” psiquiátrica em Portugal: da análise objetiva dos factos às percepções de utentes, familiares/ cuidadores e técnicos*. Porto: Encontrar+se.
- Pedro, P., Jorge, M. M., Vieira, F. & Ganhão, I. (2013). Doença psiquiátrica parental – impacto no desenvolvimento da criança. *Revista Portuguesa de Pedopsiquiatria*, 34, 5768.
- Pitteri, P. (2004). O exame psicomotor. *A Psicomotricidade*, 3, 47-52.
- Portaria n.º 44/99. Ministério da Saúde. *Diário da República, Série I-B, n.º 17 - 21 de janeiro de 1999*, 376 - 381.
- Potel-Baranes, C. (2019). *Être psychomotricien - Un métier du présent, un métier d'avenir*. Toulouse: ERES.
- Probst, M. (2017). Psychomotor Therapy for Patients with Severe Mental Health Disorders. *Occupational Therapy - Occupation Focused Holistic Practice in Rehabilitation*, 25-47. <http://dx.doi.org/10.5772/intechopen.68315>
- Probst, M., Knape, J., Poot, G. & Vancampfort, D. (2010). Psychomotor Therapy and Psychiatry: what's in a name? *The Open Complementary Medicine Journal*, 2, 105-113.

- Probst, M. & Van de Vilet, P. (2003). La thérapie psychomotrice appliquée aux patients psychiatriques adultes dans une perspective flamande. *European Bulletin of Adapted Physical Activity*, 2 (1). <http://www.eufapa.upol.cz/www/>.
- Programa Nacional Para a Saúde Mental (2017). Direção-Geral da Saúde. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. Retirado de <https://www.dgs.pt/em-destaque/relatorio-do-programa-nacional-para-a-saude-mental-2017.aspx>
- Queirós, O. (2014). Perturbações do humor na adolescência. In Monteiro, P. (ed.). *Psicologia e psiquiatria da infância e a adolescência* (pp. 321-338). Lisboa: Lidel – Edições Técnicas.
- Rappe, R. M. (2012). Anxiety disorders in children and adolescents: nature, development, treatment and prevention. In Rey, J. M. (Ed.), *IACAPAP Textbook of Child and Adolescent Mental Health*, (pp. 1-19). Geneva: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions.
- Rappe, R. M. & Barlow, D. H. (2002). Generalized Anxiety Disorders, Panic Disorders, and Phobias. In Sutker, P. B. & Adams, H. E., *Comprehensive Handbook of Psychopathology* (3rd Edition, pp. 131-154). New York: Kluwer Academic Publishers.
- Raynaud, J.P., Danner, C. & Inigo, J. P. (2007). Psychotérapies et thérapies psychomotrices avec des enfants et des adolescents: indications, spécificités, différences. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 55(2), 113-119.
- Rebollo-Mesa, I., Polderman, T. & Moya-Albiol, L. (2010). Genética da la violencia humana. *Revista de neurologia*, 50 (9), 533-540.
- Rede de Referência Hospitalar Psiquiatria da Infância e da Adolescência [RRHPIA] (2018). Sistema Nacional de Saúde. Retirado de: <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2018/10/RRH-Psiquiatria-da-Infância-e-da-Adolescência-Aprovada-09-10-2018.pdf>
- Reed, G. M., First, M. B., Kogan, C.S., Hyman, S. E., Gureje, O., Gaebel, W.,... Saxena, S. (2019). Innovations and changes in the ICD-11 classification of mental, behavioural and neurodevelopmental disorders. *World Psychiatry Association*, 18 (1), 3-19.
- Remschmidt, H., van Engeland, H. & Piha, J. (1999). Introduction. In Remschmidt, H., van Engeland, H. (Eds.), *Child and Adolescent Psychiatric in Europe: Historical Development Current Situation Future Perspectives*. Griesheim: Springer.
- Resolução do Conselho de Ministros n.º 49/2008. Presidência do Conselho de Ministros. *Diário da República, Série I - n.º 47* – 6 de março de 2008, 1395 – 1409.
- Reynolds, C., & Kamphaus, R. W. (2010). *Behavior Assessment System for Children (Second Editions) - Manual Supplement for the Clinical Report Manual*. Circle Pines: American Guidance Service.
- Ribeiro, J. P. (2016). O psicodrama com crianças e adolescentes. In Vidigal, M. J. (Ed), *Contributos para a História da Psiquiatria e Saúde Mental em Portugal*. Lisboa: Trilhos Editora.
- Ribeiro, J. P. & Correia, A. M. (2016). Psicodrama e Musicoterapia – a complementaridade da expressão emocional. *Revista Psicodrama*, 8.
- Roberts, W., Fillmore, M. T. & Milich, R. (2011). Linking Impulsivity and Inhibitory Control Using Manual and Oculomotor Response Inhibition Tasks. *Acta psychology*, 138 (3), 419-428. doi:10.1016/j.actpsy.2011.09.002.
- Rodrigues, A. N. (2005). Avaliação da perturbação de hiperactividade e défice de atenção - Um contributo para o estudo da realidade em Portugal. *Revista Portuguesa de Pedopsiquiatria*, 20, 7-16.

- Rodrigues, A. N., Martins, S. & Rodrigues, V. (2003). Psicomotricidade e Pedagogia Terapêutica – relato de uma experiência no Centro Dr. João dos Santos – Casa da Praia. *A Psicomotricidade*, 1(2), 85-96.
- Rodrigues, A., Gamito, D., & Nascimento, D. (2001). Ecos e espelhos de mim: a psicomotricidade em saúde mental infantil. *Revista de Educação Especial e Reabilitação*, 8 (2), 49-58.
- Rodrigues, E. & Lobo-Fernandes, M. (2014). Maus-tratos a crianças e jovens. In Monteiro, P. (ed.). *Psicologia e psiquiatria da infância e a adolescência* (pp. 423-432). Lisboa: Lidel – Edições Técnicas.
- Rodríguez, J., & Llinares, M. (2008). El rol del psicomotricista. *Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado*, 62, 35-60.
- Rudd, B. (2014). *Introducing Psychopathology*. London: SAGE Publications Ltd.
- Rutter, M. (2013). Annual Research Review: Resilience – clinical implications. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 54 (4), 474-487. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2012.02615.x>
- Rutter, M. & Taylor, E. (2008). Clinical Assessment and Diagnostic Formulation. In Rutter, M., Bishop, D., Pine, D., Scott, S., Stevenson, J., Taylor, E. & Thapar, A. (Eds.), *Rutter's Child and adolescent psychiatric* (Fifth Edition). Massachusetts: Blackwell Publishing.
- Rutter, M. & Uher, R. (2012). Classification issues and challenges in child and adolescent psychopathology. *International Review of Psychiatry*, 24(6), 514-529. <http://dx.doi.org/10.3109/09540261.2012.719862>
- Sá, I. & Baptista, T. M. (2018). Terapias cognitivo-comportamentais. In Leal, I. (Ed.), *Psicoterapias* (pp. 151-165). Lisboa: Lidel – Edições Técnicas
- Sadeh, A. Tikotzky, L. & Scher, A. (2010). Parenting and infant sleep. *Sleep Medicine Reviews*, 14 (2), 89-96. doi: 10.1016/j.smr.2009.05.003
- Saint-Cast, A. (2010). Actualité du bilan psychomoteur: une méthodologie d'inventaire et de synthèse des fonctions psychocorporelles. *A Psicomotricidade*, 13, 32-39.
- Salgueiro, E. E. G. (2005). Revisitando a hiperatividade. *Revista Portuguesa de Pedopsiquiatria*, 20, 39-54.
- Santos, M. (2013). *Problemas de saúde mental em crianças e adolescentes*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Santos, R. (2018). *Intervenção psicológica com ludoterapia*. Lisboa: Pactor – Edições De Ciências Sociais, Forenses e da Educação.
- Santos, T., Grilo, B., Costa, J. & Martins, R. (2019). Ouvindo o corpo: um grupo de relaxação terapêutica em pedopsiquiatria. In Martins, R & Simões, C. (Eds), *A psicomotricidade no século XXI – respostas inovadoras para desafios emergentes* (pp. 47-62). Lisboa: Universidade de Lisboa – Faculdade de Motricidade Humana.
- Scharfe, E. (2017). Attachment theory. In Shackelford, T. K. & Weekes-Shackelford, V. A.(eds.) *Encyclopedia of Evolutionary Psychological Science* (pp. 1-10). USA: Springer.
- Sebeok, T. A. (2001). *Signs: An introduction to semiotics – Second Edition*. Toronto: University of Toronto Press Incorporated.
- Shaver, P. R. & Mikuliner, M. (2009). An overview of adult attachment theory. In Obegi, J. H. & Berant, E. (Eds.), *Attachment Theory and Research in Clinical Work with Adults* (pp.17-45). New York: The Guildford Press.

- Smith-Nielsen, J., Tharner, A., Steele, H., Cordes, K., Mehlhase, H. & Vaeuver, S. (2016) Postpartum depression and infant-mother attachment security at one year: The impact of co-morbid maternal personality disorders. *Infant & Development*, 44, 148-158.
- Soares, I. (2007). *Relações de Vinculação ao Longo do Desenvolvimento: Teoria e Avaliação*. Braga: Psiquilibrios Editores.
- Soeiro, A. C. (1995). *Psicodrama e psicoterapia*. São Paulo: Ágora.
- Strecht, P. (2003). Interiores – uma ajuda aos pais sobre a vida emocional dos filhos (3.<sup>a</sup> edição). Lisboa: Assírio & Alvim.
- Tavares, H., & Alarcão, G. (2008). Psicopatologia da impulsividade. In C. N. Abreu, H. Tavares, & T. A. Cordás (Eds.), *Manual clínico dos transtornos do controle dos impulsos* (pp. 19-36). Porto Alegre: Artmed.
- Taylor, E. & Rutter, M. (2008). In Rutter, M., Bishop, D., Pine, D., Scott, S., Stevenson, J., Taylor, E. & Thapar, A. (Eds.), *Rutter's Child and adolescent psychiatric* (Fifth Edition). Massachusetts: Blackwell Publishing.
- Teiga, R. (2014). Perturbações da ansiedade e perturbação de stress pós-traumático. P. (ed.). *Psicologia e psiquiatria da infância e a adolescência* (pp. 183-204). Lisboa: Lidel – Edições Técnicas
- Telles Correia, D. (2018). *A ansiedade nos nossos dias*. Lisboa: Bertrand Editora.
- Thapar, A., Collinshaw, S., Pine, D.S. & Thapar, A. K. (2012). Depression in adolescence. *Lancet*, 379 (9820), 1056-1067. doi: 10.1016/S0140-6736(11)60871-4
- Thevenot, A. & Metz, C. (2007). Instabilidade psicomotora ou hiperatividade? Riscos dos deslizamentos dos discursos sobre a psicopatologia infantil. *Epistemo-somática*, 4(2), 49-61.
- Van Fleet, R., Sywulak, A. E. & Sniscak, C. C. (2010). *Child-Centered Play Therapy*. New York: The Guilford Press.
- Vecchiato, M. (2003). *A terapia psicomotora*. Brasília: Editora da Fundação Universidade de Brasília.
- Vicente, L. B. (2018). O psicodrama analítico. In Leal, I. (Ed.), *Psicoterapias* (pp. 301-317). Lisboa: Lidel – Edições Técnicas.
- Vidigal, M. J. (2005). *Intervenção Terapêutica em grupos de crianças e adolescentes -aprender e pensar*. Lisboa: Trilhos Editora.
- Vidigal, M. J., Marques, C. & Matos, A. (1999). In Child and adolescent psychiatric in Portugal. In Remschmidt, H., van Engeland, H. (Eds.), *Child and Adolescent Psychiatric in Europe: Historical Development Current Situation Future Perspectives*. Griesheim: Springer.
- Volkow, N. & Swanson, J. (2008). Basic Neuropsychopharmacology. In Rutter, M., Bishop, D., Pine, D., Scott, S., Stevenson, J., Taylor, E. & Thapar, A. (Eds.), *Rutter's Child and adolescent psychiatric* (Fifth Edition). Massachusetts: Blackwell Publishing.
- Von Doelinger, O. (2017). *Corpo e identidade*. Lisboa: Lidel – Edições técnicas Lda.
- Waldman, I. D. & Lahey, B. B. (2013). Oppositional Defiant Disorder, Conduct Disorder, and Juvenile Delinquency. In Beauchaine, T. P. & Hinshaw, S. P. (Eds), *Child and Adolescent Psychopathology* (2nd edition, pp. 411-452). New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.
- Wallon, H. (2017). *A evolução psicológica da criança*. Lisboa: Edições 70.
- Webster-Stratton, C. H., & Reid, M. J. (2010). The incredible years program for children from infancy to pre-adolescence: Prevention and treatment of behavior problems. In R. C.

- Murrihy, A. D. Kidman, & T. H. Ollendick (Eds.), *Clinical handbook of assessing and treating conduct problems in youth* (pp. 117-138). New York, NY, US: Springer Science + Business Media.
- Weems, C. F. & Silverman, W. K. (2013). Anxiety Disorders. In Beauchaine, T. P. & Hinshaw, S. P. (Eds), *Child and Adolescent Psychopathology* (2nd edition, pp. 513-541). New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.
- Wikins, P. (1999). *Psychodrama*. London: SAGE publications.
- Williams, S. L. (2008). Anxiety Disorders. In Maddux, J. E. & Winstead, B. A. (Eds), *Psychopathology – Foundations for a contemporary understanding* (Second Edition, pp. 141-170). New York: Routledge.
- Wilmshurst, L. (2009). *Abnormal child psychology: a developmental perspective*. New York: Routledge - Taylor & Francis Group.
- Winnicott, D. W. (1975). *O brincar e a realidade*. Rio de Janeiro: Imago Editora Ltda.
- Wittchen, H.U., Jacobi, F., Rehm, J., Gustavsson, A., Svensson, M., Jonsson, B.,...Steinhausen, H.C. (2011). The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *European Neuropsychopharmacology*, 21, 655-679. doi: 10.1016/j.euroneuro.2011.07.018
- Xavier, M., Baptista, H., Mendes, J. M., Magalhães, P. & Caldas de Almeida, J. M. (2013). Implementing the World Mental Health Survey Initiative in Portugal – rationale, design and fieldwork procedures. *International Journal of Mental Health Systems*, 7, 19, 1-10. <https://doi.org/10.1186/1752-4458-7-19>
- Yalom, I. D. & Lesczc, M. (2008). *The Theory and Practice of Group Psychotherapy* (5<sup>th</sup> edition). New York: Basic Books.
- Zahn-Waxler C, Duggal S, Gruber R. (2002). Parent psychopathology. In Bornstein, M.H. (ed.), *Handbook of parenting – Volume III* (2<sup>nd</sup> edition) (pp. 295–327). New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.
- Zimmerman, D. (1993). *Fundamentos básicos das grupoterapias*. Porto Alegre: Artes Médicas Sul.
- Zimmerman, D. (2007). A importância dos grupos na saúde, cultura e diversidade. *Vínculo*, 4 (4), 2-16.